



**DELHI UNIVERSITY
LIBRARY**

DELHI UNIVERSITY LIBRARY

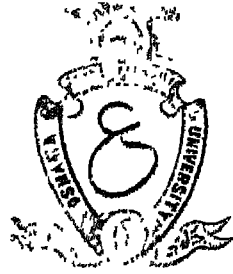
CL. No. L¹ 4: 7 168037. 2

Ac. No. 27.7.

Date of release for 1968
8 JAN 1968

This book should be returned on or before the date last stamped below. An overdue charge of 5 Paise will be collected for each day the book is kept overtime.

[illegible]



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سجیل ایلاڈ انامی

جراحی طلاق تشریح

جلد دوم

آٹھواں ایڈیشن

مصنفہ

سرفریڈرک ٹریویر وینٹ

بنظر ثانی

سی سی چو اس سی ایم جی سی بی ای بی ای سی این زیڈ ایم ڈی (ایڈیٹر) ایف آر سی ایس (مکملتا)

متحریر

ڈاکٹر غلام ونگیر صاحب ایم بی بی ایس، فٹشی فاضل، کمرن ستر تالیف و ترجمہ جامعہ کراچی

۱۳۵۶ھ ۱۳۵۷ھ ۱۳۵۸ھ ۱۳۵۹ھ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

یہ کتاب مسرز کیسل اینڈ کمپنی لندن کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں
ترجمہ کر کے طبع و شائع کی گئی ہے۔

فہرست مضامین

جراحی الطلاق تشریح

جلد دوم

حصہ چہارم - شکم اور حوض

صفحہ	باب
۳۸۱	۱۷ شکم
۳۲۱	۱۸ باریطون اور غذائی خطہ
۳۶۹	۱۹ دوسرے شکمی اجزاء
۵۰۳	۲۰ حوض اور اجزاء حوض
۵۱۴	۲۱ عجان

حصہ پنجم - جراحہ السفلی

۵۶۴	۲۲ کولے کا خطہ
۶۰۴	۲۳ ران
۶۱۲	۲۴ گھٹنے کا خطہ
۶۴۰	۲۵ ٹانگ
۶۵۱	۲۶ ٹخنہ اور پاؤں

صفحہ

باب

حصہ ششم۔ عمو و فقری اور جبل شوکی

۶۹۴

عمو و فقری

۲۷

۷۰۷

جبل شوکی

۲۸

اشاریہ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

378

SURGICAL APPLIED ANATOMY

جراحی اطلاق تشریح

جلال دؤم
حصہ چہارم۔ شکم اور روض
باب ہفتم
شکم
جدویر شکم

سطحی تشریح۔ شکم کا اجماع، اعضا، انہو، مرض اور فرہی کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتا ہے۔
کم عمر بچوں میں اس کے زیادہ ابھرے ہوئے کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ جگر کی جسامت نسبتاً زیادہ ہوتی ہے۔

مزید برآں اسکا انحصار حوض کی جسامت کی چھوٹائی پر بھی ہوتا ہے جس میں نہ صرف کسی (حقیقی) شکمی ساخت کی ہی گنجائش نہیں ہو سکتی بلکہ حوضی اعضا کو بھی شکل ہی سے جگہ ملتی ہے۔ چنانچہ شیرخوارگی میں مثانہ اور معائے مستقیم تقریباً شکمی احتضار ہی ہوتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ کم عمر بچوں میں بیڑل کے لئے قوت مدافعت زیادہ ہوتی ہے۔ لطویل المدت تہمد مثلاً حمل اور استسقاء وغیرہ کے بعد شکم بالعموم بہت نمایاں اور معلق رہتا ہے۔

ناف سے اوپر خط ابیض (linea alba) کا محل ایک خفیف سے وسطی میزاب سے لہا ہر ہوتا ہے لیکن ناف سے نیچے اس قسم کا کوئی نشان نہیں پایا جاتا۔ خط ابیض (linea semilunaris) جو عضلہ مستقیمہ بطنیہ (rectus abdominis) کے جانبی یا بیرونی کنارہ کا تناظر ہوتا ہے ایک ذرا سے منحنی خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو نوں ضلعی غصروف کی ٹوک سے لیکر مانی شوکہ (درنہ) تک کھینچا جائے۔ ناف کے اوپر یہ خط سطح پر ایک اٹھلے نشیب کی شکل میں پایا جاتا ہے۔

379

عضلہ مستقیمہ (rectus) کا خاکہ جب یہ اپنا فصل سرانجام دے رہا ہو بخوبی دیکھا جاسکتا ہے۔ اس پر تین خطوط مستعرض (lineae transversae) ہوتے ہیں۔ ایک بالعموم زائدہ خنجر یہ کے بالمقابل ہوتا ہے اور ایک ناف کے مقابل اور غیر دونوں کے درمیان ہوتا ہے ان خطوط میں سے اوپر کے دونوں بخوبی نمایاں ہوئے موضوعات میں واضح ہوتے ہیں۔

ناف کا محل افراد کی فزہی اور شکم کے ارتخا کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ یہ زائدہ خنجر یہ (xiphoid process) اور عانہ (pubes) کے درمیان خط کے نقطہ تنصیف سے ہمیشہ تقریباً ۲ سنٹی میٹر (۲ انچ) اوپر ہوتا ہے۔ بالعموم میں سر سے پاؤں تک سطحی پیمائش کرنے سے یہ مرکز جسم سے کب قدر اوپر پایا جاتا ہے۔ مگر پیدائش کے وقت جنین میں یہ اس نقطہ سے نیچے ہوتا ہے۔ بخوبی نمایاں افراد میں جبکہ شکم لٹکا ہوا نہ ہونا ناف سامنے کی طرف سے تیسرے اور چوتھے قطنی فقرات کے درمیان کے قرص کی اور پیچھے کی طرف سے تیسرے قطنی شوکہ کی لٹم کی ٹوک کی تناظر ہوتی ہے اگر دونوں طرفی عرفوں کے بلند ترین مقامات کے درمیان ایک خط کھینچا جائے تو یہ اس تقریباً ۲ انچ اوپر واقع ہوتی ہے۔

عظم قطنی (ilium) کا مقدم فوقانی شوکہ (anterior superior spine)

عانی شوکہ (pubic spine) اور رباط اربی (inguinal ligament) (یو پارت کا رباط) سب کے سب نمایاں اور اہم امتیازی نشانات ہیں۔ عانی شوکہ تقریباً اسی افقی خط پر واقع ہوتا ہے جس پر کبھیٹروخا (great trochanter) کی اوپر کی کور واقع ہوتی ہے۔ دہلے موضوعات میں یہ بہت نمایاں ہوتا ہے۔ فربہ اشخاص میں یہ عانی چربی کے نیچے بالکل غائب ہو جاتا ہے لیکن مردوں میں یہ یمن (scrotum) کو منہدم کرنے سے شناخت کیا جاسکتا ہے اور عورتوں میں اس زائدہ کا محل ران کی تعبیر کرنے سے عضلہ مقربہ طویلہ (adductor longus) کے مبداء کے وتر کو نمایاں بنانے سے معلوم کیا جاسکتا ہے۔ یہ عضلہ عانین کے جسم سے اس شوکہ کے عین نیچے سے شروع ہوتا ہے اور اس عضلہ کے ساتھ ساتھ انگلی لے جانے سے اس عظمی ارتفاع تک رسائی ہو جاتی ہے اگر ایک انگلی عانی شوکہ پر رکھی جائے اور دوسری دو انگلیاں یو پارت کے رباط کے ساتھ رکھی جائیں تو جو فتن ان انگلیوں کی طرف اترے گا وہ اربی (inguinal) اور جو انکے باہر کی طرف ظاہر ہوگا وہ فخذی (femoral) ہوگا۔

380

جسم کی انتصابی حالت میں عظم حرقنی کا مقدم فوقانی شوکہ عجزی طلف (sacral promontory) کے لیول سے ذرا نیچے ہوتا ہے اور اگر قص اور سیف شکل زائدہ کے مقام اتصال ایک نقطہ لیا جائے (قصی سیفی نقطہ: sterno-ensiform point) تو یہ دسویں ظہری فقرہ کے بالائی حصہ کے بالمقابل ہوگا۔ یہ نقطہ فربہ اشخاص میں بھی ایک نشیب سے جو ضلعی غضروفوں کے ساتوں جوڑ کے قصی فتنوں کے نیچے ہوتا ہے باسانی شناخت کیا جاسکتا ہے اور جیسا کہ ابھی معلوم ہو چکا ہے ایک اہم امتیازی نشان ہے۔

ایڈیسن (Addison) کا عبر البواب (transpyloric) یا وسطی برعدی (mid-epigastric) مستوی وہ ستوی ہے جو جسم میں سے یہ القص اور ارتفاع عانہ کی چوٹیوں کے مریانی فاصلہ کے مقام تنصیف پر سے متعوضاً کھینچا جائے (یہ مقام بالعموم اس نقطہ کا قنطر ہوتا ہے جو قصی سیفی نقطہ اور ناف کے درمیان ان سے مساوی فاصلہ پر واقع ہو)۔ یہ خط سرری نقطہ نگاہ سے بہت مفید ہے۔ اس پر مندرجہ ذیل ساختیں پائی جاتی ہیں (۱) نویں پسلیوں کی نوکیں اور اس لئے دائیں طرف پر مارا ہوا قعر۔ (۲) پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے درمیان کا قعر۔ (۳) گردہ کا ناچ جو معمولی قد کے جوان آدمی میں خط وسطی سے ۱۲ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ (۴) بواب جو

خط وسطی سے ۱/۲ انچ کے اندر ہوتا ہے۔
پشت کے اس حصہ میں جو شکم کا تناظر ہوتا ہے ناصبات (erector spinae) بخوبی دکھائی دیتے ہیں۔ انکے بیرونی حاشیے خط وسطی سے ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر ہوتے ہیں ان کے درمیان شکم کی فجود ہوتا ہے۔ جو اس زاویہ میں جا کر ختم ہو جاتا ہے جو عظیم الوی عضلات سے بنتا ہے۔

حرقنی عرف کے وسط کے عین ہیچے فوق حرقنی (supra-iliac) (پہلی کما:

Petit's) مثلث ہوتا ہے یہ وہ وقفہ ہے جو عضلہ موربہ خارجیہ (external oblique) اور عضلہ عریضہ ظہریہ (latissimus dorsi) کے درمیان ہوتا ہے۔ چوتھا قطنی شکم کے حرقنی عرف کے بلند ترین حصہ کے لبوں کے قریب ہوتا ہے۔ قطنی کچھ کے (lumbar puncture) یا قطنی شکم کی ایسی جگہ در پیدا کرنے کے لئے سوئی بالعموم بین عرفی خط (تیسرے اور چوتھے قطنی فقرہ کے درمیان) کے عین اوپر داخل کیجاتی ہے۔

پسلیوں کی گنتی اوپر کی طرف سے دوسری پسلی سے شروع کرنا بہتر ہوتا ہے جسکی نشانہ دی قص پر لوڈ وکٹ کے زاویہ (angulus Ludovici) سے ہوتی ہے۔ کیونکہ یہ ممکن ہے کہ آخری پسلی ناصبہ شکم کی (erector spinae) کے بیرونی حاشیہ سے باہر نہ نکلی ہو اور اس لئے نظر انداز ہو جائے اس قسم کا دھوکا کھانے سے جراح گردہ کے تعریہ کے لئے معمولی ترچھا قطنی شنگاف دینے میں غلطی کرتا ہے اور فتح اتنا اونچا بناتا ہے کہ پلورا کو نقصان پہنچنے کا اندیشہ ہوتا ہے۔

اور طہ (aorta) چوتھے قطنی فقرہ کے جسم کے وسط کے بالمقابل خط وسطی کی عین بائیں جانب پر اور ناف سے تقریباً ۱/۲ انچ دور اور اسکی بائیں جانب پر دو شاخوں میں تقسیم ہوتا ہے۔ اگر اس محل تقسیم سے ایک ایک خط ہر ایک جانب پر پوپارٹ کے ہبل (Poupart's ligament) کے وسط یعنی مقدم فوقانی شکم کے اور اتفاق عانی کے درمیانی فاصلہ کے نقطہ تصنیف تک کھینچا جائے

تو یہ مشترک (common) اور خارجی حرقنی (external iliac) شریبانوں کے

ممر کا تناظر ہوگا۔ اس خط کا بالائی مثلث مشترک حرقنی شریبان کو ظاہر کرے گا۔ اور اس کا بقیہ حصہ خارجی حرقنی کو۔

شکمی محور (coeliac axis) بارصوبن نظری فقرہ کے زیرین حصہ کے بالمقابل اس مقام سے نکلتا ہے جو بین بر معدی (mid-epigastric) نقطہ سے تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ اوپر ہوتا ہے اوپر نیچے کی طرف بارصوبن نظری شکم کا تناظر ہوتا ہے۔ فوقانی ماساریقی (superior mesenteric) اور فوق کلوی (suprarenal) شریانیں اس محور کے عین نیچے ہوتی ہیں۔ کلوی عروق (renal vessels) فوقانی ماساریقی سے تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ نیچے اور بین بر معدی نقطہ کے بالمقابل نکلتے ہیں۔ تحتانی ماساریقی (inferior mesenteric) شریان اور طہ میں سے ناف سے تقریباً ایک انچ اوپر نکلتی ہے۔ عمیق بر معدی (deep epigastric) شریان اس خط کی متابعت کرتی ہے جو رباط اُربی کے وسط سے لیکر ناف تک کھینچا جائے اس کے بعد یہ عضلہ کے وسطی حصہ کے پیچھے عموداً اوپر کو چلی جاتی ہے۔ اسی خط کے ساتھ ساتھ بعض اوقات سطحی بر معدی ورید بھی دیکھنے میں آتی ہے۔

شکمی "حلقوں" (rings) کا ذکر فوق کے تحت کیا جائیگا۔ (صفحہ 396 اور اس کے بعد کے صفحات)۔

مقدم جلد و شکم

382

شکم کے سامنے کی جلد بطن ران کے خط میں ڈھیلی چمکی ہوتی ہے دوسرے مقامات کی نسبت یہ خط وسطی میں عمیق تر حصوں سے زیادہ چسپیدہ ہوتی ہے لیکن اتنی مضبوطی سے منضم نہیں ہوتی کہ الہتاب کو شکم کی ایک طرف سے دوسرے طرف کو منتقل ہونے سے باز رکھے۔ زیادہ فربہ کی حالت میں پیٹ پر دو مستعرض شکن بجاتے ہیں جن میں سے ایک ناف پر ہوتا ہے اور دوسرا عانہ کے عین اوپر۔ کو لہجے کے جوڑ کے جاسی ہونے کی حالتوں میں اکثر مستعرض شکن دیکھنے میں آتے ہیں جو پیٹ پر سے گزرتے ہیں۔ لیکن ستون شکم کی زیادہ کثرت سے خمیدہ کرنے سے پیدا ہوتے ہیں جو اسی حالتوں میں

کو لمبے کی حرکتوں کے فقدان کی تعویض کے لئے بالعموم ضروری ہوتا ہے۔
جب شکم کے کسی بچہ تندرست سے جلد تنیدہ ہو چکی ہو تو بعض تقریبن لکیریں خطوط حملی (lineæ gravidarum) زیریں حصہ کی جلد پر ظاہر ہو جاتی ہیں۔ یہ جلد کے ذبول سے پیدا ہوتی ہیں جو نساؤ سے واقع ہوتا ہے۔ گل استسقاء اور مہیضی سلعات وغیرہ کے بعد یہ بخوبی دکھائی دیتی ہیں۔

جلد کے نیچے سطحی رداء ہوتی ہے جو شکم کے زیریں نصف پر دو تہوں میں آسانی سے تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ اس خطہ کی زیر جلدی چربی کی بہت سی مقدار اس رداء میں پائی جاتی ہے جو دونوں رداءوں میں سے زیادہ اوپری ہوتی ہے اور فربہ اشخاص میں یہ ۶ انچ تک بھی گہری ہوتی ہے۔ سطحی عروق اور اعصاب کا زیادہ تر حصہ اسی رداء کی دونوں تہوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ لہذا فربہ موضوعات میں شکم پر ایک انچ یا اس کے لگ بھگ گہرے شکاف ڈے جاسکتے ہیں جن میں زیادہ بڑے عروق سامنے نہیں آتے۔

سطحی رداء کی عمیق تہ میں لچکدار ریشہ موجود ہوتے ہیں اور یہ تہ حیوانات کے طبقہ

(tunica abdominalis) کی تناظر ہوتی ہے۔ خط وسطی پر ارتفاع عانی کی حد تک یہ عمیق حصوں سے اور رباط اُربی کے پار روانے عریض (fascia lata) سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ ارتفاع اور عانی شوک کے درمیان جو فاصلہ ہوتا ہے اس میں اسکی کوئی چسپیدگی نہیں ہوتی بلکہ نیچے کی طرف یہ صفت میں چلی جاتی ہے اور یہاں یہ بافت سلخیمہ (dartos tissue) کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ وہ وعاد پریشاب (extravasated urine) جو صفت تک پہنچ چکا ہو اس فاصلہ کو طے کر کے شکم کے اوپر کی جانب چڑھ جاتا ہے۔ اس حالت میں اس رداء کی عمیق تہ اسکو محدود کر دیتی ہے۔ اس رداء کی چسپیدگیوں کی وجہ سے نہ یہ ران میں جاسکتا ہے اور نہ خط وسطی کو عبور کر سکتا ہے۔ اسی طرح وہ نفاسی (emphysematous) اجتماعات جو چھائی کے ضربات سے پیدا ہوتے ہیں جب رداء کی عمیق تہ کے نیچے واقع ہوتے ہیں تو بن ران پر جا کر پری رکتے ہیں۔ مزید برآں ان شحمی سلعات کی تحدید جو اس تہ کے نیچے پیدا ہوتے ہیں خط وسطی اور پوپارٹ (Poupart) کے رباط ہی سے ہوتی ہے۔

مقدمہ شکم کی جدوور کی موٹائی مختلف افراد میں مختلف ہوتی ہے۔ بہت زیادہ لاغری کی حالت میں بعض احتشاء کے خاکے شکم کی پتیلی دیواروں میں سے بآسانی معلوم کئے جاسکتے ہیں اور بعض اوقات دکھائی بھی دے سکتے ہیں۔ مزمن معوی تپس کی حالت میں تہمد و امعاکھ خاکے نظر آتے ہیں اور انکے حرکات دکھائی دے سکتے ہیں۔ تپس دیوار کی مثالوں میں منشع اور بیش پروردہ معدہ کے حرکات اکثر دیکھے جاسکتے ہیں۔ دیوار شکم کی اضافی موٹائی کا انحصار مختلف اشخاص میں عضلات کی موٹائی کی نسبت زیادہ تر زیر جلدی چربی کی مقدار پر ہوتا ہے۔ یہ عضلی سرحد اندرونی احتشاء کے لئے ایک قابل تعریف محافظ کا کام کرتی ہے۔ عضلات شکم کو منقبض کرنے سے پیٹ کا سامنے کا حصہ تختہ کی طرح سخت کیا جاسکتا ہے اور حاد التهاب دیواروں میں بعض اوقات یہ دیکھنے میں آتا ہے کہ اس انقباض سے ایک معتدبہ حد تک استواری پیدا

ہو جاتی ہے۔ ایسی حالت میں شکم پر چوٹ لگنے سے جبکہ عضلات مضبوطی سے منقبض ہوں احتشاء کو غالباً کوئی ضرر نہیں پہنچتا، تا وقتیکہ چوٹ انتہا درجہ کی شدید نہ ہو۔ استوار عضلی دیوار اپنے فعل میں ربڑ کے ایک کثیف صفحہ کی طرح موثر ثابت ہوتی ہے۔ یہ دیوار بعض اوقات کھلی بھی جاتی ہے اور بعض اوقات پھٹ بھی جاتی ہے مگر کوئی فکلی کا بیشتر مدد اسی کو پہنچتا ہے۔ شکم پر چوٹ آنے سے شمولہ احتشاء پر جس اثر کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے اسکا انحصار غالباً بہت سے اسباب پر ہوتا ہے۔ لیکن جہاں تک خود دیواروں کا تعلق ہے اس اثر کا دار و مدار زیادہ تر اس امر پر ہوتا ہے کہ آیا ضرب متوقع تھی یا نہیں اور جدوور میں چربی کی کتنی موٹی گدی موجود ہے۔ اگر ضرب متوقع ہو تو شکم کے عضلات یکایک فطری طور پر منقبض ہو جائیں گے اور احتشاء کو فی الفور ایک محکم مگر پکدار سپر جیا ہو جائیگی۔ اسی لئے ایسا بھی ہوا ہے کہ عضلات شکم کو فٹہ اور دریدہ پائے گئے ہیں مگر احتشاء صحت و سالم موجود تھے۔ بخلاف اسکے حشا ایسی حالتوں میں جبکہ عضلات یا تو غالباً مدیم فعل تھے اور یا ان پر حملہ اچانک ہوا دیوار شکم کو کوئی نمایاں ضرر پہنچنے کے بغیر مدد رسیدہ پایا گیا ہے۔ جنگ عظیم میں احتشاءے شکم کو گولی سے ضرر پہنچنے کے کئی ایک واقعات کا اندراج کیا گیا تھا مگر ان میں گولی کا راستہ جو حشائی ضرر کا باعث ہوئی تھی عضلی جدوور تک ہی محدود تھا۔

عضلی دیوار احشاء کو محفوظ رکھنے کے علاوہ خاص حسانی سہارے کا کام بھی دیتی ہے۔
سیدھا کھڑے ہوتے ہی دیوار شکم کے عضلات معکوس طور پر منقبض ہو جاتے ہیں اور اس طرح شکمی مشمولات کا وزن بھی برداشت کرتے ہیں۔

خط ابیض (linea alba) پر دیوار شکم بتلی کنیٹ اور مرئی عروق خون سے مبرا ہوتی ہے۔ لہذا کہفہ شکم کے بہت سے علیہ جات میں شکاف خط وسطی پر دیا جاتا ہے۔ عضلہ مستقیم کے بیرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ (خط ہلالی کے قریب اور اسکی دوسری طرف) بھی جدور پستلے اور عروق سے مبرا ہوتے ہیں اور اسلئے وعائی نقطہ نگاہ سے یہ محل بھی شکاف کے لئے بہت موزوں ہے لیکن ایک زیادہ اہم سبب کی وجہ سے کہ اس سے عضلہ مستقیم کی عصبی رسد کو نقصان پہنچے گا بہت احتمال ہوتا ہے یہ محل بہت ناموزوں ہے۔ ناف سے تخمیناً ایک انچ نیچے دو عضلات مستقیم تقریباً ایک دوسرے سے ملے ہوتے ہیں اور یہ مشکل ہی سے کہا جاسکتا ہے کہ یہاں خط ابیض (linea alba) موجود ہے۔ مگر اوپر کی جانب یہ عضلات علحدہ رہتے ہیں اور یہاں خط ابیض طبعی طور پر ۳ انچ چوڑا ہوتا ہے۔ محل قرہی اور استسقا میں اسکا فوق النسی حصہ ۲ انچ یا اس سے زیادہ چوڑا ہو جاتا ہے۔ مگر تنگ تحت النسی حصہ غیر متاثر رہتا ہے۔ خط ابیض کا یہ حصہ جب چوڑا ہو جاتا ہے تو اس حالت کو عضلات مستقیم کا انفراج (divarication of recti) کہتے ہیں۔ اس حالت میں جب عضلات مستقیم اپنا فعل کرتے ہیں، مثلاً جبکہ مریض چت لیٹنے کے بعد بازوؤں کی مدد کے بغیر بیٹھنے کی کوشش کرتا ہے تو مشمولات شکم انکے درمیان سے ابھر آتے ہیں بعض اوقات زیر باریطونی چربی کے غلو لے خط ابیض کے رخنوں میں سے بڑھ آتے ہیں اور ان سے ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو شخی فتوق (fatty hernia) کے نام سے موسوم ہے۔

385

ناف کالیفی حلقہ خط ابیض سے مشتق ہوتا ہے۔ اس حلقہ سے تمام ہم پہلو ساختیں جلد۔ ردا اور باریطون مضبوطی سے منضم ہوتی ہیں، یہ انضمام ایسا ہوتا ہے اور جلد او باریطون کے درمیان چربی کی مقدار اتنی قلیل ہوتی ہے کہ سری فتوق (umbilical hernia) پر عملیہ کرتے وقت فتقی تاج کے کھولنے سے احتراز نہیں کیا جاسکتا۔

ناف اس مقام کو ظاہر کرتی ہے جہاں جانبی شکمی دیواریں انجام کار بند ہوتی ہیں۔

چھٹے ہفتہ میں یہ فتہ قیف نما ہوتا ہے اور تاجہ زردی (yolk sac) اور امعا کے ایک دہراؤ پر مشتمل ہوتا ہے جن سے یہ چسپیدہ بھی ہوتا ہے۔ یہ حالت بعض اوقات برقرار رہتی ہے اور اس سے خلقی سری فتہ پیدا ہو جاتا ہے۔ جنین میں ناف پر تین عروق داخل ہوتے ہیں اور کہف شکم میں پہنچتے ہیں۔ یہ علحدہ علحدہ ہو جاتے ہیں۔ ورید براہ راست اوپر کی طرف لو چلی جاتی ہے اور شریانیں ترچھے رخ میں نیچے کی اور باہر کی طرف کو چلی جاتی ہیں۔ یوریکس (urachus) کے آثار خط و طعی میں ناف سے نیچے کی طرف کو جاتے ہیں۔ جنین میں وہ مقام جس پر تینوں عروق ایک دوسرے سے علحدہ ہوتے ہیں تقریباً ناف کا مرکز ہی ہوتا ہے اور خلقی سری فتہ میں ایسا ہوتا ہے کہ رودہ باہر نکلتے ہیں تینوں عروق کو علحدہ علحدہ کر دیتا ہے اور یہ اس کے اوپر کسی حد تک پھیل جاتے ہیں۔ خلقی فتہ فی الحقیقت جملہ ساختوں کے درمیان سے نکل جاتا ہے اور اسکے خلافت انہی سے بنتے ہیں۔ یہ فوق خوش قسمتی سے نادر الوقوع ہیں۔ کیونکہ بعض مثالوں میں یہ تھوڑی دور تک ہی جل میں جاتے ہیں اور جن واقعات کے متعلق اطلاع دی گئی ہے انہیں سے کم سے کم دو میں قبالت کرنے بوقت پیدائش جل سری کاٹنے وقت رودہ کاٹ دیا تھا۔ جوں جوں شکم بلند ہوتا جاتا ہے۔ دونوں سدود شریانیں اور یوریکس (urachus) ندبہ کے لئے جو کام کرتے ہیں اور اسے پیچھے کی اور نیچے کی طرف کو کھینچتے ہیں۔ بعض حالتوں میں ناف پر ایک ناسور پایا جاتا ہے جس سے پیشاب نکلتا رہتا ہے۔

یہ منفذ یوریکس (patent urachus) سے پیدا ہوتا ہے۔ بولی مثانہ کلیہ (allantois) سے بنتا ہے

اور کلیہ کا جو حصہ مثانہ اور ناف کے درمیان ہوتا ہے اس سے یوریکس (urachus) بنتا ہے جسکا دروند بالعموم بند ہو جاتا ہے اگرچہ بعض اوقات یہ مفتوح بھی رہتا ہے۔

بعض اوقات ناف پر ایسا ناسور بھی پایا جاتا ہے جس سے براز خارج ہوتا ہے۔

یہ زردینی عمومی قنات (vitello-intestinal duct) کے برقرار رہنے سے بنتا ہے۔ یہ قنات ایک راستہ ہے جو کسی وقت ابتدائی جنین کی امعا کو تاجہ زردی (yolk sac) سے ملاتا ہے۔

ایہ خلقی فتہ کو طغلی سری فتہ سے جو جل سری کے کاٹنے کے بعد عام طور پر دیکھنے میں آتا ہے تیز کرنا ضروری ہوتا ہے۔ ان خلقی فتوں کے بیان کے لئے لانسٹ (Lancet) ۱۸۸۳ء - ۱ - ۳۳ میں مصنف کا مضمون دیکھا جائے۔

اور جب نمک کو ترقی ہوتی ہے تو یہ جل سری کے شبیہی سرے پر پہنچ جاتا ہے۔ ۹۹ فیصدی جنینوں میں یہ ربط غائب ہو جاتا ہے۔ مگر ایک فیصدی میں یہ قنات یا جل یا عطفہ کی شکل میں برقرار رہتا ہے۔

جب معوی سرا برقرار رہتا ہے تو اسے **عطفہ میککل** (Meckel's diverticulum) کے نام سے

موسوم کیا جاتا ہے اور یہ لفافنی سے لفافنی اسحوری دہنہ سے ۲ فٹ اوپر نکلتا ہے۔ مزید برآں اس جنین علاقہ سے اس لینی جل کی موجودگی کی بھی توجیہ ہوتی ہے جو بعض اوقات عطفہ میککل کو ناف سے ملائی ہوئی دکھائی دیتی ہے۔ اس لینی جل سے بعض اوقات امعاء کی تحقیق واقع ہو جاتی ہے (شکل ۹۸)۔

عضلہ مستقیم کے متعرض تقاطعات (transverse intersections)

کے محل کو ذہن نشین رکھنا چاہئے۔ یہ عضلہ مستقیم کے خلاف کی مقدم تہ سے منضم ہوتے ہیں مگر اس کی موضوع تہ سے منضم نہیں ہوتے۔ لہذا جو تقیمی اجتماعات اور نزفات اس کی مقدم جانب کے خلاف کے نیچے پیدا ہو جاتے ہیں انکو یہ کسی حد تک محدود رکھتے ہیں۔ یہ عضلہ اکثر ایک قسم کے وہمی سلعہ (phantom tomour) کا محل ہوتا ہے۔ یہ سلعات ہسٹیریا (hysteria) کے مریضوں اور مرقی اشخاص میں کثرت سے پائے جاتے ہیں اور جب ان کے ساتھ کچھ موزوم سے کی علامات موجود ہوتے ہیں تو ان سے مغالطہ ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ یہ سلعات عضلہ کے جزوی انقباض سے پیدا ہوتے ہیں جو بالعموم اسکے دو تقاطعات کے درمیانی حصہ میں واقع ہوتا ہے اور ان کے متعلق یہ کہا جاتا ہے کہ یہ عضلہ مستقیم کے بالائی حصہ میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ جب اس عضلہ کے ریشے بن جاتے ہیں تو ”سلعہ نمایاں“ ہوتا ہے اور جب یہ ڈھیلا ہو جاتے ہیں تو یہ غائب ہو جاتا ہے۔ بہر حال وہمی سلعہ ہمیشہ عظیم الاہیت نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ یہ شکم کے اندر کے کسی خطرناک مرض سے

387

تعلق رکھتا ہو اور محکوس عضلی انقباض سے پیدا ہوا ہو۔ اس قسم کے محکوس فعل کا نقطہ ابتدا احتشاد میں ہوتا ہے۔ ان محض المقام انقباضات سے حشوی مرض کے حل کا پتہ چل سکتا ہے۔ چنانچہ معدہ کی خاص حسی عصبی سرد جل کے آٹھویں لہری عصب سے آتی ہے اور عضلہ مستقیم کا وہ حصہ جو بالائی اور وسطی نقوش کے درمیان کا ہے۔ اسی قطعہ سے آٹھویں لہری عصب کے ذریعہ سے

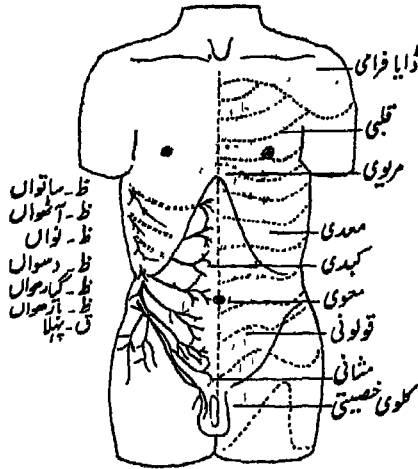
عمیق برآمدی شریانیں، عمیق منحن سرقفی (deep circumflex iliac) کی کچھ شاخیں، آخری دوہین منسلبی عروق، فوقانی برآمدی (superior epigastric) شریان اندرونی پستانی کی ایک شاخ اور قطنی شریانوں کی شکمی فستیں ہیں۔ سطحی عروق چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں۔

سطحی وریدیں شکم کی سامنے کی طرف پرکثیر التعداد ہوتی ہیں اور دوالی نما ہونے کی حالت میں یہ بہت نمایاں ہوتی ہیں۔ اس طرح ایک جانبی ورید جو بغل سے لیکر بن ران تک جاتی ہے اور بغلی اور نغذی وریدوں کو ملائی ہے بہت واضح ہو جاتی ہے۔ ورید ابوقف تحتانی (inferior vena cava) کے تسدو کی حالتوں میں شکم کی سطحی وریدیں بعض اوقات خون کی بدیلی گزر گاہوں کا کام بھی دیتی ہیں۔ سرری تجربہ سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ یہ وریدیں ان مثالوں میں بھی جنہیں ورید ابوقف تحتانی منقطع ہوتی ہے بعض اوقات ایک بہت بڑی حد تک دوالی نما ہوتی ہیں۔ ان عروق کے مصاریع اس طرح مرتب ہوتے ہیں کہ ناف کے اوپر کی سطحی وریدوں کا خون بغل کی طرف جاتا ہے اور زیر نافی خطہ کا خون کچھ ران کی طرف کو۔ ناف کے قرب و جوار میں یہ وریدیں جگر کے درانمی شکل بابا (falciiform ligament) کے اندر کی نفی وریدی گزر گاہوں کے ذریعہ سے بانی ورید (portal vein) سے جگر کے اندر ملی ہوتی ہیں (سیٹپے: Sappey)۔ لہذا جن حالتوں میں بانی دوران خون جگر کے مرض یا بانی ورید کے جزوی طور پر بند ہونے سے مستعد ہو جاتا ہے۔ ان میں کسی قدر بانی خون نافی رابطہ کے ذریعہ سے سطحی برآمدی وریدوں میں بھی چلا جاتا ہے۔ اسی حالتوں میں خون ناف سے دور بہتا ہوا پایا جاتا ہے۔ کبدی کہتہ سے پیدا شدہ استسقاء کا تدارک کرنے کے لئے ٹالما مورسین (Talma-Morison) کے عملیہ کی ایک مرحمتہ صورت اکثر مفید ثابت ہوتی ہے۔ شرب عظیم کا ایک بڑا سا کٹڑا نکلیس رہودہ (decalcified) لڈی کے ایک حلقہ میں سے جو بارطین ہیں ایک سوراخ کر کے اس سے سی دیا جاتا ہے باہر نکال لیا جاتا ہے اگر اس ثرنی جامہ پوش کو ٹانگے لگا دئے جائیں اور اسے دیوار شکم کے اندر چوڑا کر کے پھیلا دیا جائے تو شکم اور دیوار شکم کی وریدوں کے درمیانی تعلقات چند منہنوں میں بہت مؤثر بن جاتے ہیں (سی۔ سی۔ چالس) اور سطحی وریدیں بہت قسح ہو جاتی ہیں۔

شکم کی سامنے کی طرف کے سطحی عروق لطف کے متعلق عمومی طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ

ناف سے اوپر کے عروق بغلی غدہ کی طرف اور اس سے نیچے کے کچر ان کے غدہ کی طرف جاتے ہیں۔
اعصاب۔ دیوار شکم کو سب سے پہلے چھ صدری یا بین قلعی اعصاب اور پہلا قلعی عصب

890



شکل ۸۵۔ وھڑ کی اگلی سطح پر کے ان رقبہ جات کو ٹھنٹا ہا کر تی ہے جن کو شوکی
اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔

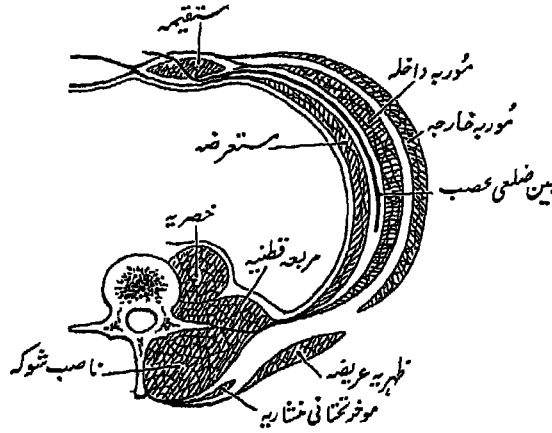
یہ رقبہ جات بائیں جانب پر منقوہ خطوں سے ظاہر کئے گئے ہیں اور جو عصب شوکی انکو رسد پہنچاتا ہے اس کا عدد درج
ہے۔ اعصاب دائیں جانب پر ظاہر کئے گئے ہیں۔ سرخ نقطوں والے رقبہ جات ان خطہ جات کو ظاہر کرتے ہیں جن سے
خضائی مرض سے متعلق ہمد عام طور پر منسوب ہوتا ہے (مطابق مشاہدات سر جیمز میکنزی)۔ درد ہر ایک رقبہ کے غیر محصور
حصہ کی طرف پھیلتا ہے۔

رسد پہنچاتے ہیں شکل ۸۵۔ یہ شکم کے طویل محور کی جانب ترچھے رخ میں نیچے کی اور اندر کی طرف
جاتے ہیں۔ شکلی عملیہ جات کے بعد فتوق کے وقوع اور عضلی کمزوری کے انسداد کے لئے شکلی دیوار کے
کسی دوسرے حصہ کی نسبت ان اعصاب کو سلامت رکھنا زیادہ ضروری ہوتا ہے۔ لہذا اگر ممکن ہو تو

ایسے تمام شکافات سے احتراز کرنا چاہئے جن سے یہ کٹ جائیں۔ ایسے شکافات جو ضلعی حاشیہ کے متوازی یا عضلہ مستقیمہ کے بیرونی حاشیہ پر دئے جاتے ہیں ان سے ان اعصاب کو نقصان پہنچنے کا خاص طور پر احتمال ہوتا ہے اور گردہ کو معر کرنے کے لئے جو شکاف دیا جاتا ہے اس میں بے احتیاطی سے کام کرنے سے بعض اوقات آخری صدری عصب کو ضرر پہنچ جاتا ہے۔ ایسے شکافات سے جو مستعرض رخ میں یا نیچے کی اور اندر کی طرف کو ترچھے دئے جائیں اعصاب کو ضرر پہنچنے کا کم امکان ہوتا ہے۔ لیکن اگر یہ عضلہ مستقیمہ میں سے دئے جائیں تو انکو احتیاط سے سینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ نزدیکی شکاف سے جو غلاف مستقیمہ میں عموداً شکاف دیئے اور پھر مستقیمہ کو باہر کی طرف باز کشیدہ کرنے سے بنایا جاتا ہے رسائی بھی حاصل ہو جاتی ہے اور ساتھ ہی اعصاب کو کبھی کوئی خطرہ نہیں ہوتا اور نیز اسے شکم کے تمام رقبہ پر بڑھایا جاسکتا ہے اسلئے بہت سے جراح اس شکاف کو بہت پسند کرتے ہیں کیونکہ اس سے رسائی بھی، بخوبی ہوتی ہے اور شدید خطرہ بھی اقل ہوتا ہے۔

نیچے کے بنی ضلعی اعصاب دیوار شکم میں ضلعی غصروں کی گہری سطحوں کے نیچے سے داخل ہوتے ہیں اور یہ ان فضاؤں میں سے گذر کرتے ہیں جو عضلہ مستعرضہ (transversalis) اور ڈایا فرام کے مبداءوں کے سروں کے درمیان ہوتی ہیں۔ آخری صدری، حرقنی زیر معدی (ilio-hypogastric) اور حرقنی اربی اعصاب گردہ کے پیچھے، گزرتے ہیں اور پھر عضلہ مستعرضہ کو متغیب کرتے ہیں۔ یہ تمام اعصاب عضلہ موربہ داخلہ (internal oblique) اور عضلہ مستعرضہ (transversalis) کے درمیان آگے کی اور نیچے کی طرف کو جاتے ہیں۔ حرقنی اربی (ilio-inguinal) عصب قنال اربی میں چلا جاتا ہے اور بقیہ اعصاب عضلہ مستقیمہ کے غلاف کے بیرونی کنارے کو موضوع رخ سے متغیب کرتے ہیں اور عضلہ مستقیمہ کے پیچھے اندر کی طرف بڑھ جاتے ہیں۔ اور اس عضلہ میں تقریباً اسکے نصف پر داخل ہو جاتے ہیں۔ لہذا غلاف مستقیمہ کا اندرونی نصف عصبی نینوں سے مبرا ہوتا ہے (شکل ۸۶)۔ کو آئیٹ (Coyte) (الاسیٹ ۸۸ نمبر ۲۳۲) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ بنی ضلعی اعصاب کا محسوسیدہ صاف نہیں ہوتا بلکہ انیس جنبروں کا ایک سلسلہ پایا جاتا ہے جنکے انقعات اور مکی طرف کو ہوتے ہیں۔ یہ کم سے کم ساتویں آٹھویں اور نویں عصب کے متعلق صحیح معلوم ہوتا ہے۔ اور اس نے یہ بھی ثابت کیا ہے کہ تمام بنی ضلعی اعصاب دیوار شکم میں اپنے متناظر ضلعی غصروں کے نیچے سے داخل نہیں ہوتے۔ چنانچہ سالواں عصب اس میں نویں

ضلعی غضروف کی نوک سے عین اوپر داخل ہوتا ہے اور نواں اور سوال عصب اس غضروف کے نیچے سے داخل ہوتے ہیں اور بقیہ اعصاب اپنے متناظر غضروفوں کے نیچے سے داخل ہوتے ہیں (شکل ۸۶)۔ لہذا عضلہ مستقیمہ کے اوپر کے چار انچ میں کوئی حقیقی عصبی تنہ موجود نہیں ہوتا (کواہیٹ (Coyte) اور ضلعی حاشیہ کے ساتھ ساتھ بغیر کسی خطرہ کے ترچھا شکاف دینا ممکن ہے بشرطیکہ یہ نواں

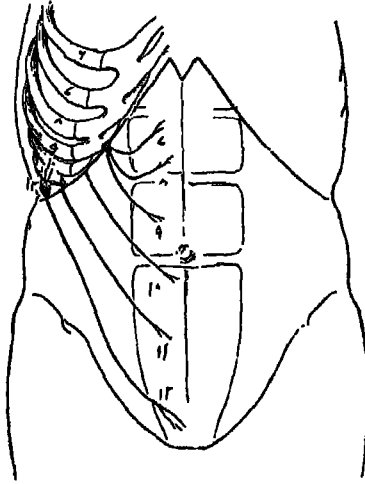


شکل ۸۶۔ دیوار شکم کی مستعرض تراش جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ بین ضلعی عصب خلاف مستقیمہ کی موثر تہ کو کس طرح نشتب کرتا ہے اور اس سے وہ مقام بھی ظاہر ہوتا ہے جس میں یہ عضلہ مستقیمہ میں داخل ہوتا ہے۔

892 ضلعی غضروف پر جا کر ختم ہو جائے۔ مگر اپنے تجربہ میں میں (سی۔ سی۔ چوٹس) نے بہت سے ایسے واقعات دیکھے ہیں جنہیں اس قسم کا شکاف دیا گیا تھا اور بعد کے عملیہ پر یہ معلوم ہوا کہ مستقیمہ کا بالائی حصہ جامد یعنی بافت میں تبدیل ہو گیا ہے۔

اعصاب شکم صرف عضلات ہی کو رسد نہیں پہنچاتے بلکہ جلد اور بارہیلون کو بھی رسد پہنچاتے ہیں۔ اس امر سے عضلات کی اس استوار اور محافظانہ عجیبیت کی جو بارہیلون کی خراش سے عمل میں

آتی ہے اور نیز عضلات کے اس نوری محافظہ فعل کی جو ضرب کے متوقع ہونے کی حالت میں ظاہر ہوتا ہے
توجہ دینی چاہیے کہ سریری جس کے لئے یہ ضروری ہے کہ جراح کا ہاتھ گرم اور نرم ہو کیونکہ سرد ہاتھ سے
چھوٹنے سے یا اسکی لمبے آہنگ اور جھکے دار حرکتوں سے الیم شکم میں فوراً ایک عضلی جمیدیت پیدا ہو جائیگی
جس سے استواری رونما ہو جائیگی اور جن چیزوں کی تلاش جس سے کی جا رہی ہے وہ پوشیدہ ہو جائیں گی
نہ صرف مریض ہی کا کسی آرام دہ وضع میں ہونا ضروری ہے بلکہ جراح کے لئے بھی ایسی وضع ضروری ہے،



شکل ۸۷ - دیوار شکم کے اعصاب کا ضلعی حاشیہ سے تعلق اور ان کا رخ
ظاہر کیا گیا ہے۔

۳۹۳ کیونکہ اسی طرح وہ ایسا امتحان انجام دے سکتا ہے جس سے مریض کو درد سے تکلیف نہ ہو اور جو خود اسکے لئے
بہت معنی خیز ہو۔ اسے یہ بھی ضروری یاد رکھنا چاہئے کہ ہاتھ فوراً اٹھا لینے سے بھی الیم شکم میں اسی طرح درد
پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے جس طرح کہ دفعۃً دباؤ ڈال دینے سے۔
صدر اور شکم کی تعصیب میں قریبی تعلق موجود ہونے کی وجہ سے یہ خطر پیدا ہوتا ہے کہ

مریض خاص کر جبکہ وہ بچہ ہو ایسے درد کو جو فی الحقیقت چھاتی میں پیدا ہوا ہو شکم سے منسوب کرے اور ممکن ہے کہ اس میں عضلی استواری بھی موجود ہو۔ اس امکان کی اہمیت معلوم نہ کر سکنے کی وجہ سے ذات الریہ کی ابتدائی حالتوں میں غلطی سے شکمی مرض تشخیص کر دیا گیا ہے۔ ایک اور طریقہ جسے شکم کے درد سے حقیقتہً صدی مرض پیدا ہو جاتا ہے مثلاً زخم شکم کے درد کی وجہ سے تنفسی حرکات بند ہو جاتے ہیں اور اس طرح رٹوی پیچیدگیاں بڑھ جاتی ہیں۔

شوک کی ذبول میں شوکی اعصاب کے مضبوط ہونے سے انکے رقبہ جات تفرع میں بعض اوقات حس متغیر ہو جاتی ہے۔ مثلاً مریض شکم کے درد یا اسکے جکڑے ہونے کی شکایت کرتا ہے۔ اس قسم کا درد فقرات کے خبیث مرض یا انیس انورسٹوں کے دباؤ سے تملیف پیدا ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے اور اس سے درد شکم کی غلط تشخیص کر دیا جاتا ہے۔

دیوار جسم کے اعصاب کے اور زیادہ اہم اتلافات بھی ہیں اور وحشوی اتلافات (visceral associations) میں جن جنبل مرکز کے ساتھ دیوار جسم کے اعصاب وابستہ ہیں وہ نظام مشارک کے ذریعہ سے احتشائے شکم و صدر سے بھی ربط و راہ رکھتے ہیں۔ وحشوی شوکی مرکز اپنے تناظر بدانی شوکی مراکز (somatic spinal centers) سے بھی قریبی ربط رکھتے ہیں۔ لہذا احتشائے شکم کے اندر کی مرضی حالتیں تناظر جنبل مراکز میں خلل پیدا کرتی ہیں اور چونکہ دماغ صرف بدنی اعصاب کے ساتھ ساتھ ہی درد کے مقام کی تعیین کا عادی ہے اسلئے غلطی سے یہ درد کو خلل یا فتنہ قطعہ کے عصب شوکی کے ساتھ منسوب کر دیتا ہے۔ صرف درد ہی منسوب نہیں ہوتا بلکہ جس حصہ جلد کو خلل یا شوکی اعصاب رسد پہنچاتے ہیں وہ بھی الیم ہو جاتا ہے اور الیمیت کے ان رقبہ جات کے مطالعہ سے ہیڈ (Head) نہ جنبل شوکی میں وحشوی مراکز کی تعیین مقام کی ہے۔ چنانچہ اس سے جراح کو زیادہ صحیح تشخیص کرنے کا ذریعہ حاصل ہو گیا ہے۔ چھٹے ٹھری قطعہ سے لیکر پہلے قطنی تک کے شوکی قطعہ احتشائے شکم کو رسد پہنچاتے ہیں اور یہ اعصاب اپنے مقامات متفقہ و متکافع رابطہ (rami communicantes) اور احتشائی (splanchnic) اعصاب اور شکم کے مشارک فیبروں کے ذریعہ سے پہنچتے ہیں۔ دوسری تیسری اور چوتھی قطنی عصبی جڑوں سے کوئی وحشوی عصب نہیں نکلتا۔ لہذا انیس منسوب وحشوی درد کسی نہیں پایا جاتا۔ حوضی احتشائے کو پا پنچون قطنی سے لیکر تیسرے اور بعض اوقات چوتھے عجزی عصب تک کے اعصاب اعصاب نا عصب (nervi erigentes) کے ذریعہ سے رسد پہنچاتے ہیں۔

یہ بھی یاد رکھنا ضروری ہے کہ دیوار شکم میں اعصاب کے تین نظام پائے جاتے ہیں۔
 (۱) اعصاب جلد - (۲) اعصاب عضلات (حرکی اور حسی) - (۳) جداری باریطون کے اعصاب
 انہیں سے ہر ایک اور سب کے سب بھی بعید درد کا محل ہو سکتے ہیں۔ عام ترین محل عضلی اعصاب
 ہی ہوتے ہیں۔ عضلہ پر دباؤ ڈالنے سے یا اس سے حرکت کروانے سے جو درد پیدا ہوتا ہے اسے متعلق
 عام طور پر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ درد مرض زدہ حشا میں واقع ہے۔ مگر ایسا خیال کرنا ناہنجی غلطی ہے۔
 جدور شکم کے عضلات کی تنش اور انکی حالت احتشاء کی حالت سے ایسے عصبی مراکز کے باہمی تعلقاً
 کے ذریعہ اسے جو حمل شوکی میں ہوتے ہیں متاثر ہوتی ہے۔

جن جن قطععات سے ہر ایک حشا تعلق رکھتا ہے وہ مندرجہ ذیل ہیں (تہیڈ: Head):

معدہ ۶ - ۷ - ۸ - ۹ - ظہری -	غده قدامیہ ۱۰ - ۱۱ - ظہری - قطنی - ۱ - ۲ - ۳ - عصعی
معا ۹ - ۱۰ - ۱۱ - ۱۲ - " -	برنج ۱۱ - ۱۲ - ظہری - قطنی -
معائے مستقیم ۲ - ۳ - ۴ - عصعی -	خصیہ اور بیض ۱۰ - ظہری -
جگر اور مرارہ ۶ - ۸ - ۹ - ۱۰ - ظہری -	ضمیمہ جات رحم ۱۱ - ۱۲ - ظہری - قطنی -
گردہ اور خالب ۱۰ - ۱۱ - ۱۲ - ظہری - قطنی -	رحم ۱۰ - ۱۱ - ۱۲ - ظہری - قطنی - ۳ - ۴ - عصعی -

395

یہ عصبی تعلق مرض میں بہت سی صورتوں میں ظاہر ہوتا ہے۔ چنانچہ حاد التهاب باریطون اور
 بعض احتشاء کی دریدگی میں عضلات شکم استواری سے منقبض ہو جاتے ہیں۔ تاکہ ضرر رسیدہ حصص کو
 حتی الامکان کل آرام مجبائے۔ مزید برآں حاد التهاب باریطون میں شکم بہت سخت ہوتا ہے
 عضلات استوار ہوتے ہیں اور تنفس خالصتہ صدری ہوتا ہے اور حشوی تہیجات کی بھرمار سے شوکی
 مراکز اسقدر بیش حساس ہو جاتے ہیں کہ مریض شکم کی دیوار یا جلد پر اکثر خفیف سے خفیف دباؤ تک
 بھی برداشت نہیں کر سکتا۔

شکم کی خلقی بدشکلیاں۔ نموکے دوسرے ہینہ میں معاکا کچھ حصہ ناف میں سے

جو بہت کشادہ ہوتی ہے جل میں اس مقام پر نقلیل کرتا ہے جہاں یہ صرف اپنی ایک شفاف غشا ہی سے
 ڈھکی ہوتی ہے۔ دوسرے ہینہ میں امعاء شکم میں واپس چلے جاتے ہیں اور جل کے اندر کا کہف منظم
 ہو جاتا ہے اور ناف بند ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات امعاء کی واپسی کا عمل نامکمل رہ جاتا ہے۔

اور ایسا بھی ہوتا ہے کہ اس سے برعکس عمل وقوع میں آتا ہے اور جمل کے لمبی مشمولات کے علاوہ اس میں دوسرے مشمولات کا بھی اضافہ ہو جاتا ہے اس طرح خلقی فتق منتری (congenital exomphalos) کی مختلف قسمیں پیدا ہو جاتی ہیں جو شدت میں چھوٹے سے فتق سے لیکر ان تمام احشاء کے بروز تک خلایا پذیر ہوتی ہیں جو زیادہ حرکت پذیر ہوتے ہیں عجیب ترین بد شکلیوں میں سے ایک مثانہ کی بروں گردیدگی (extroversion of the bladder) (بے جانی مثانہ: ectopia vesicae) کے

396



شکل ۸۸۔ مثانہ کی بروں گردیدگی میں حصوں کی حالت۔

نام سے موسوم ہے۔ اس حالت میں نہ صرف دیوار شکم ہی کا کچھ حصہ بظاہر غائب ہوتا ہے بلکہ تناسلی بولی آلات کا کچھ حصہ بھی موجود نہیں ہوتا۔ مکمل حالتوں میں دیوار شکم میں ناف سے لیکر مجری بول تک نقص پایا جاتا ہے۔ ارتباطی عانہ یا تو بہت کھلا اور یا ناقص ہوتا ہے۔ اور مثانہ کی مقدم دیوار اور قضیب کا زیادہ تر حصہ اور مجری بول کی تمام چھت غائب ہوتی ہے (شکل ۸۸)۔ مثانہ اور مجری بول کا

اندرونی حصہ کھلا ہوتا ہے اور ان سے دیوار شکم کا کچھ حصہ بنتا ہے۔ یہ غیر محفوظ یا مثانی رقبہ استواء کے نزول میں بہت کم مزاحمت پیش کرتا ہے اور مریض کے بیٹھنے یا اٹھنے میں باہر کی طرف کو ابلڑتا ہے۔ مزید برآں صفن بھی جیسا کہ اسکے نو کا حوالہ دیکھنے سے توقع کی جا سکتی ہے دوشاخہ ہوتا ہے۔

فتق

(HERNIA)

۱۔ **فتق اُربی (inguinal hernia)**۔ اس قسم کے فتق میں مفتوق اسحاقِ اُربی کے تمام طول میں یا اسکے کچھ حصہ میں پائے جاتے ہیں۔ یہ قنال اندرونی عمیق یا خشکی حلقہ سے لیکر سطحی یا اُربی حلقہ تک ترچھے رخ میں آتی ہے اور اس کا طول تقریباً ۱/۲ انچ ہوتا ہے۔ یہ اس راستہ کو ظاہر کرتی ہے جو خصیہ نے بن ران کی طرف اترتے ہوئے اختیار کیا تھا۔ یہ ایک رخ سے ایک گرد گاہ ہے جو دیوارِ شکم کے آریا رجانی ہے اور اس میں جل منوی (spermatic cord) ہوتی ہے۔ لیکن یہ مکمل نلی کی طرح کی منفست قنال نہیں ہوتی بلکہ یہ ایک فضا بالقوہ ہے گویا کہ یہ بافت کا ایک خط ہے جو اس طرح سے مرتب ہے کہ اس میں سے وہی جسم گزر رہا ہے جو اس میں زور داخل کر دیا گیا ہے۔ یہ دیوارِ شکم کا ایک رخندہ ہے دروازہ نہیں اور یہ رخندہ فتق کی اکتسابی قسموں میں زور پڑنے سے کھل جاتا ہے اور عریض ہو جاتا ہے۔

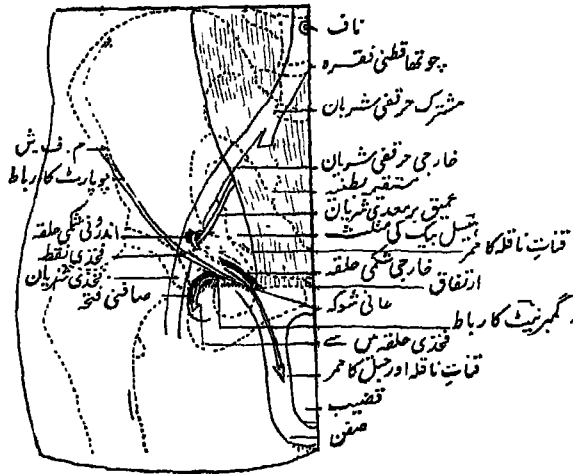
397

جب فتق قنال اُربی میں واقع ہوتا ہے تو یہ سانس کی طرف پوششوں اور عضلاتِ موربہ خارجہ کے صفاق اور عضلاتِ موربہ داخلہ کے زیریں ریشوں سے ڈھکا ہوتا ہے۔ پیچھے کی طرف ہر دائے مستعرضہ (transversalis fascia) کو تر متقوہ کہ اوٹ کرٹ ردا (مکوس اُربی رباط) پر گرن ہونا ہے۔ اسکے اوپر عضلاتِ مستعرضہ و موربہ داخلہ ایک محراب بناتے ہیں اور اسکے نیچے وہ زاویہ ہوتا ہے جو اُربی (پو پارت کے) رباط اور دائے مستعرضہ کے اتحاد سے بنتا ہے۔ مفتوق رووہ تاجہ (sac) میں پایا جاتا ہے جو ہمیشہ باریطون سے بنتا ہے۔ غلٹی فتق میں یہ تاجہ پہلے ہی سے موجود ہوتا ہے اور غیر طبعی طور پر منفست "زائدہ غمدیہ" (processus vaginalis) سے بنا ہوتا ہے۔ اکتسابی فتق میں

تا چہ جداری باریکوں کے اس حصہ پر تکل ہوتا ہے جس کو رودہ نیچے اترتے وقت اپنے آگے دھکیل کر لے آتا ہے۔

خارجی یا سطحی حلقہ حادزاویوں والی مثلث کی طرح کا ہوتا ہے اور عالی شوکہ سے ۱/۲ انچ اوپر کی اور باہر کی طرف واقع ہوتا ہے۔ عین کو انگلی کے سرے سے منفر کرنے اور پھر اس کو جیل کے سامنے سے اوپر کی طرف لے جانے سے باسانی محسوس کیا جاسکتا ہے (شکل ۸۹)۔ اگر ناخن جیل کے ساتھ

398



شکل ۸۹۔ اُربی اور فخذی قنالوں کے سطحی نشانات۔

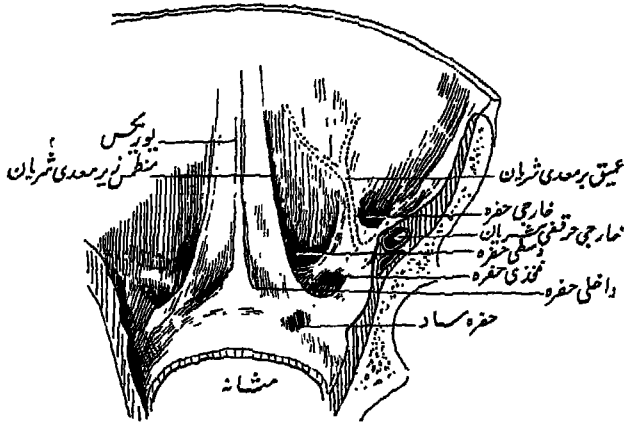
م۔ ف۔ ش۔ = حرقفہ کا مقدم قناتی شوکہ۔ اندرونی ٹنگی حلقہ = عمیق یا شکی حلقہ۔ خارجی ٹنگی حلقہ = سطحی یا اربی حلقہ۔

ملا کر رکھا جائے تو انگلی کی گدی بے مثلث درز نافحہ باسانی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ بالغوں میں معمولی صورت حالات میں اس میں جھٹکی کا صرف سرا ہی جاسکتا ہے۔ اندرونی حلقہ بنفوی یا گول ہوتا ہے اور پوپارٹ کے رباط سے تقریباً ۱/۲ انچ اوپر اور ارتفاق عانہ اور مقدم فوقانی حرقفی شوکہ کے عین وسط میں واقع ہوتا ہے۔ یہ فخذی نقطہ (femoral point) کہلاتا ہے اور یہ

اس مقام کے صین اوپر واقع ہوتا ہے جہاں فغزی شریان پوپا آرٹ کے رباط کے نیچے سے شکم سے باہر نکلتی ہے (شکل ۸۹)۔

اربی فتن کی دو بڑی شاخیں ہیں جو جدور کم کا اندر کی طرف سے مطالعہ کرنے سے نہایت اجمعی طرح سمجھ میں آسکتی ہیں (شکل ۱۹۰)۔ اس طرف سے یہ دکھائی دے گا کہ باریطون پرین خطنا جود کے نشان پاٹے جاتے ہیں۔ جو (اگر سرسری طور پر کہا جائے) ناف سے لیکر حوضی لگرتک جاتے ہیں۔ ان جود میں سے ایک ناف سے لیکر ارفاق تک جاتا ہے اور خط وسطی کی متابعت کرتا ہے، یہ یوریکس (urachus) کا

899



شکل ۹۰۔ محلات فتن جیسا کہ یہ دیوار شکم کی اندرونی (باریطونی) جانب سے دکھائی دیتے ہیں۔ (مرکل : Merkel کے مطابق)

قائم مقام ہے۔ دوسرا جید جو فغزی نقطہ سے لیکر ناف تک ایک خط کھینچنے سے ظاہر کیا جاسکتا ہے ستھانی یا عین برمدی شریان (deep epigastric artery) کا قائم مقام ہے۔ اور ان دونوں کے درمیان اور خط وسطی کی نسبت برمدی عرق سے بہت زیادہ نزدیک ایک خط موجود ہے جو منطس زیر برمدی شریان سے بنا ہے (شکل ۹۰)۔ ان جود کی وجہ سے باریطون پرین خطنا جود سے ظاہر

ہوتے ہیں۔ ایک خارجی جو برآمدی شریان کے باہر کی طرف ہوتا ہے ایک اندرونی جو لوئیر (urachus) اور زیر معدی شریان کے درمیان ہوتا ہے اور ایک وسطی جو موخر الذکر شریان کے راستہ اور برآمدی تہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ شکمی حلقہ برآمدی شریان کے عین باہر کی طرف واقع ہوتا ہے اور اسکا محل باریطون میں ایک نشیب کے موجود ہونے سے ظاہر ہوتا ہے (شکل ۹۰)۔ جب کوئی فشق اربی قتال کے تمام طول میں سے گذر جاتا ہے تو یہ موربہ (oblique) یا بالواسطہ (indirect) کہلاتا ہے۔ اس قسم کے فشق کے خلاف وہی ہونگے جو جمل کے ہوتے ہیں۔ یعنی جلد، ردا کی سطحی اور خارجی منوی (میان ستونی جو عضلہ موربہ خارجہ کے صفاق کے ریشوں سے مشتق ہوتی ہے) اور معلق (عضلہ موربہ داخلہ کی تہ سے) اور اندرونی منوی (قع نما جو مستعرضہ کی ردا سے حاصل ہوتی ہے) تہیں، زیر باریطونی بافت اور باریطون۔

جب فشق تحتانی رمدی (inferior epigastric) شریان کی وسطانی جانب سے اس فضا میں سے نکلتا ہے جو مستقیم برآمدی (recto-epigastric) (ہیسل بیک کی Hesselbach's) مثلث کے نام سے موسوم ہے تو اسے فشق بلا واسطہ (direct) کہتے ہیں۔ بلا واسطہ فشق کی دو شکلیں ہو سکتی ہیں۔ ایک میں رودہ مذکورہ بالا وسطی حفرہ میں سے نکل کر آتا ہے اور دوسری میں اندرونی حفرہ میں سے زیر معدی (hypogastric) شریان اور عضلہ مستقیمہ کی بیرونی کور کے درمیان سے باہر آتا ہے۔ وسطی حفرہ اربی یا خارجی حلقہ کے راسی یا بیرونی حصہ کے تقریباً بالمقابل ہوتا ہے۔ اس حفرہ میں سے جو فشق نمودار ہوگا وہ قتال اربی میں ترچھے فشق کے داخل ہونے کے مقام سے ذرا نیچے داخل ہوگا اور اسکے خلاف وہی ہونگے جو اس فشق کے ہوتے ہیں۔ اندرونی حفرہ اربی حلقہ کے اندرونی حصہ کا متناظر یا اسکے بالمقابل ہوتا ہے۔ اس حفرہ میں سے جو فشق ظاہر ہوتا ہے اس کو متحد و تراور معکوس اربی رباط مزاحم آتے ہیں۔ یہ ساختیں یا تو فشق پر سطح تن جاتی ہیں کہ اسکا ایک خلاف بن جاتی ہیں یا مشترک و تر فشق سے منشعب ہو جاتا ہے یا فشق اسے ایک طرف کو دھکیل دیتا ہے۔ بہر کیف فشق اربی حلقہ میں تقریباً بلا واسطہ گھس آتا ہے۔

بلا واسطہ اربی فشق کا مقابلہ بالواسطہ اربی فشق سے۔ مورب فشق جو

شکمی حلقہ میں داخل ہو جاتا ہے بعض اوقات زائدہ غمدیہ (processus vaginalis) کے

کسی بقیہ حصہ میں واقع ہوتا ہے اور اس لئے اپنی پیدائش کے لحاظ سے غوی ہوتا ہے مگر بلا واسطہ فتق کبھی خلقی نہیں ہوتا۔ خلقی مورب فتق میں اُربی قنال کے خاکہ اور متعلقہ مختلف حصص کے علاقہ جات میں بہت کم خلل واقع ہوتا ہے اور اس قسم کے اور بلا واسطہ قسم کے فتق میں جو اختلافات ہیں وہ ظاہر ہیں مگر اُربی مورب فتق میں بلا واسطہ قسم کے مقابلہ میں اتنا اختلاف نہیں پایا جاتا جتنے کی کہ امید کی جاتی ہے۔ قبل الذکر فتق میں حصص کے باہر کی طرف متواتر کھینچنے کی وجہ سے شکلی حلقہ اُربی حلقہ کے کم و بیش نزدیک آجاتا ہے اور قنال کے طول اور اسلئے فتق کے ترچھے پن میں بھی معتد بہ کمی واقع ہو جاتی ہے۔ چنانچہ ان دونوں اقسام کے فتق کے محوروں میں ایسے اختلافات نہیں پائے جاتے کہ ان سے ان فتق کی نوعیت فوراً ظاہر ہو جائے لیکن بلا واسطہ فتق ترجیح پر پیچھے جا کر سیدھا پیٹ کے اندر چڑھا جائے گا اور بلا واسطہ پرانے مریضوں میں بھی خفیف سا مگر محسوس بیرونی رخ اختیار کرے گا۔ بلا واسطہ فتق کی ترجیح کے بعد عضلہ مستقیمہ کی کور روزن کی اندرونی جانب پر باسانی محسوس کی جاسکتی ہے۔ اندرونی فتق دہنہ کے لحاظ سے عمیق بر معدی (deep epigastric) شریان کا محل وقوع اس کا فیصلہ کرنے کے لئے کہ آیا فتق بلا واسطہ ہے یا بلا واسطہ ایک صحیح ترین معیار ہے۔

مورب فتق کے اقسام جن کا انحصار زائدہ غمدیہ کے خلقی نقائص

برہوتما ہے نزول خصیہ۔ یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ جنین میں خصیہ گردہ کے خط سے دیوار شکم کے ایک راستہ سے صف میں آتا ہے اور یہ راستہ بعد میں اُربی قنال کے نام سے موسوم ہوتا ہے۔

اس نزول سے پیشتر بارطیون کا ایک نائدہ جو زائدہ غمدیہ کے نام سے موسوم ہے صف میں چلا جاتا ہے۔ خصیہ عام طور پر جنینی زندگی کے ساتویں مہینہ میں شکلی حلقہ میں داخل ہوتا ہے اور ٹھوس مہینہ میں صف میں پہنچ جاتا ہے۔ نزول کے اس عمل کے سمجھنے میں جس کی تحقیق جان ہنٹر (John Hunter) نے تقریباً ۵۰ سال پیشتر کی تھی اکثر غلطی ہوتی ہے۔ حاکمہ (gubernaculum) (شکل ۹) نامی بافت کی ٹھوس اور بندوق کی گولی کی طرح کی ایک ڈاٹ ہوتی ہے جو خالص عمل نمونے ذریعہ سے دیوار شکم سے گھس کر صف میں چلی جاتی ہے اور اپنے ساتھ بارطیون کا ایک کیسکی یا ایسیبی زائدہ نائدہ غمدیہ — لیجاتی ہے جس میں خصیہ اور برنج (epididymis)

402

بند ہوتے ہیں۔ حاکمہ کا زیرین یا نامی سرا سر بیج النکار ثر غلیات سے مرکب ہوتا ہے۔ اسکا اوپر کا حصہ جو گلوب صغیر (globus minor) اور صفحہ کی ماسا ریتقا سے چسپیدہ ہوتا ہے غیر مخطط عضلی بافت سے بنا ہوتا ہے۔ یہ قرین قیاس ہے کہ حاکمہ کا نامی سرا سر غیر طبعی حالتوں میں اپنے راستہ سے بھٹک سکتا ہے اور خصیہ کو قضیب کی جرد کی طرف یا باہر کی طرف بن ران میں یا بچھے کی طرف عجان میں لے جا سکتا ہے جس سے اسکا محل خارج المکڑ اور خارج الصفحہ ہو جاتا ہے۔ ہنٹر (Hunter) کی رائے جسکی تائید ان ثبوتوں سے ہوتی ہے جواب جمع کئے گئے ہیں یہ تھی کہ عمل نزول کی تنظیم خصیہ کے

کامل نمو سے اور شائد اسکے اندرونی افراز سے

ہوتی ہے۔ لہذا اگر خصیہ غیر مکمل ہو تو نزول بند

ہو جاتا ہے اور خصیہ یا تو عظم ہی میں رہ جاتا ہے

یا اثری فنال میں ٹھہر جاتا ہے۔

زائیدہ غمدیہ اکثر پیدائش پر مکمل یا پاجاتا

ہے۔ تین چار ماہ کے بچوں میں بھی یہ ربط ۳ تا ۴

فیصدی واقعات میں کھلا رہتا ہے۔ زائیدہ غمدیہ

وہ حصہ جو خصیہ کو محصور کئے ہوتا ہے طہقہ غمدیہ

(tunica vaginalis) بن جاتا ہے اور جو

متطول انبوی حصہ اسکے اور شکمی حلقہ کے درمیان

ہوتا ہے وہ رسنکی زائیدہ (process

funicularis) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔

جس طریقہ سے زائیدہ غمدیہ علیحدہ ہو جاتا ہے وہ

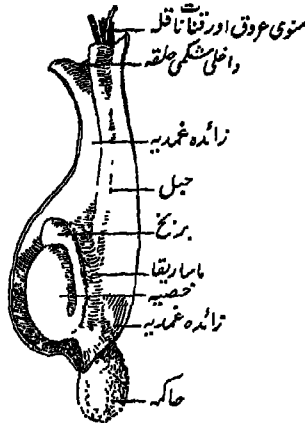
مندرجہ ذیل ہے :- یہ دو مقامات پر منطس ہو جاتا

ہے اعمیق یا شکمی حلقہ پر اور ہر پنج کے عین اوپر ایک مقام پر۔ یہ انطاس پہلے پہل بالعموم بلسند تر

مقام پر شروع ہوتا ہے۔ اگر یہ فرض کر لیا جائے کہ انطاس ان دونوں مقامات پر واقع ہو چکا ہے تو

ابچے درمیان کے زائیدہ غمدیہ کی قائم مقام ایک منفرد نلی ہوگی۔ یہ نلی جلد ہی سکڑ جاتی ہے اور

سکڑتے سکڑتے ایک جل کی شکل اختیار کر لیتی ہے جسکی کچھ اہمیت نہیں ہوتی۔ لیکن بعض اوقات



نخسل ۹۱۔ زائیدہ غمدیہ۔ حاکمہ۔ اور عرقی ثنیدہ کے

تعلقات انسانی جنین کے خصیہ کے ساتھ۔

403

اسکا کچھ حصہ منفتح بھی رہ جاتا ہے اور اگر اس منفتح حصہ میں سیال جمع ہو جائے تو ”جبل کا کیسہ بند قیلہ مائید“ (encysted hydrocele of the cord) پیدا ہو جاتا ہے۔ جہاں تک اسکے بند ہونے کے طریقہ کا تعلق ہے تین واقعات کے طور پر پذیر ہونے کا احتمال ہوتا ہے اور ہر ایک سے ایک خاص قسم کا مفتق پیدا ہوتا ہے۔ (۱) ممکن ہے کہ ”زائدہ“ بالکل بند ہی نہ ہو (۲) اور ممکن ہے کہ وہ اوپر کے حصہ پر ہی بند ہوا ہو (۳) یا صرف نیچے کے حصہ پر ہی بند ہوا ہو۔

۱۔ جب تمام کا تمام زائدہ غمدیہ کھلا ہو تو رودہ شکمی نظام عضلی کے مضطرب سے صفن میں گھس سکتا ہے۔ اس قسم کی حالت خلقی مفتق (congenital hernia) کے نام سے موسوم ہے۔ یہاں پر ممبرا ریلون کے ایک بڑے سے تاجہ میں پائی جاتی ہے جسکا کھلا دہن شکمی حلقہ پر واقع ہوتا ہے ہے خلقی کی اصطلاح مغالطہ انگیز ہے کیونکہ یہ مفتق شاذ و نادر ہی پورفت پیداؤں میں موجود ہوتا ہے۔ اگرچہ زندگی کے ابتدائی حصہ میں یہ عام طور پر پایا جاتا ہے۔

۲۔ جب یہ زائدہ صرف شکمی حلقہ پر بند ہوتا ہے تو طبقہ غمدیہ جو حد سے زیادہ بڑا ہوتا ہے اس دہن تک پھیلا ہوا پایا جاتا ہے۔ اگر مفتق بجائے تو یہ بعض اوقات زائدہ غمدیہ کو منفرج کر دیتا ہے اور یہ مفتق صبیانی (infantile) یا کیسہ بند (encysted) مفتق کے نام سے موسوم ہے۔ ایسی حالت میں طبقہ غمدیہ تاجہ کے سامنے واقع ہوتا ہے اور اسلئے رودہ تک پہنچنے سے مشتر باریلون کی تین تہوں کو کاٹنا پڑتا ہے۔ ”صبیانی“ کی اصطلاح اس مفتق کے لئے اسلئے مستعمل ہوتی تھی کہ جن واقعات کے متعلق پہلے اطلاع دی گئی تھی وہ شیرخوار بچوں میں پائے گئے تھے۔ ”کیسہ بند“ (encysted) کی اصطلاح کا استعمال اسلئے کیا گیا تھا کہ مفتقی تاجہ طبقہ غمدیہ میں بند بھا جاتا تھا۔

۳۔ رستکی زائدہ (funicular process) بعض اوقات شکمی حلقہ سے لیکر خصیہ کی چوٹی تک کھلا رہتا ہے اور وہاں ختم ہو جاتا ہے اور طبعی طبقہ غمدیہ اس سے اور آگے بھی موجود ہوتا ہے۔ اگر اس زائدہ میں مفتق ہو تو یہ رستکی زائدہ کے اندر کا مفتق (hernia into the funicular process) کہلاتا ہے۔

اگر مردہ موضوع میں قتال اُربی کھول دیا جائے اور رودہ کے ایک حصہ کو شکم میں سے صفن میں کھینچنے کی کوشش کی جائے تو یہ معلوم ہو جائے گا کہ ماساریقا کے چھوٹے ہونے کی وجہ سے ایسا نہیں کیا جاسکتا۔ لہذا ہر ایک صفتی مفتق کے لئے یہ ضروری ہے کہ ماساریقا لمبی ہو جائے اور

ہمارے پاس جو ثبوت موجود ہیں وہ اس امر پر دلالت کرتے ہیں کہ فتن کے بننے پر یہ تپوں مکتبہ ہو جاتا ہے۔

فتن کی پیدائش کے سلسلہ میں ایک اور امر پر بھی بحث کرنا ضروری ہے اور وہ شکم کے اندر کا تناؤ یا دباؤ ہے۔ جب مزدور زمین پر سے بھاری وزن اٹھاتا ہے تو شکم کا عضلی نظام زور سے اپنا فعل کرتا ہے جس سے اشتاء مضبوط ہو جاتے ہیں اور شکم کے اندر کا دباؤ پیارہ کے .. اعلیٰ میل تک پہنچ جاتا ہے یا اس سے زیادہ بھی ہو جاتا ہے۔ جب بچہ روتا یا کھانا کھانا یا رفع حجت کے وقت کا کھانا ہے تو دروں شکمی دباؤ دفعہ بڑھ جاتا ہے۔ مضبوط اشتاء دیوار شکم کے کمزور ترین مقامات کی تلاش کرتے ہیں جو شکمی حلقہ اور دوسرے حلقہ جات کی شکل میں موجود ہوتے ہیں۔ عضلہ موربہ داخلہ (internal oblique) اور عضلہ مستعرضہ (transversalis) کے متحد حصے اشتاء کو شکمی حلقہ میں سے باہر نکلنے سے باز رکھتے ہیں میٹر جارج چین (Mr. George Chiene) نے اس امر کا مشاہدہ کیا ہے کہ جب کسی مریض کو کانکسنے کے لئے کہا جاتا ہے تو یہ عضلہ زور سے منقبض ہوتا ہے اور اربی قتال کے اندر داخل کی ہوئی انگلی متحرک و تراور پوپارٹ (Poupart) کے رباط کے درمیان پکڑی جاتی ہے۔ جن مردوں کو بھاری بوجھ اٹھانا پڑتا ہے ان میں فتن بچہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔

مخورتوں میں اربی قتال زیادہ چھوٹی اور زیادہ تنگ ہوتی ہے گو مردوں کی نسبت یہ ذرا لمبی ہوتی ہے۔ اس میں رباط مستدیر موجود ہوتا ہے اور یہ اس قدر مزاحمت پیش کرتی ہے کہ اکتسابی اربی فتن مخورتوں میں اتنا ہی نادر الوقوع ہے جتنا کہ یہ مردوں میں کثیر الوقوع ہے۔ ٹوئٹ جنین میں باریک لون کا ایک زائدہ رباط مستدیر کے ساتھ چھوڑی دو رنگ نیچے آتا ہے یہ مردوں کے زائدہ غمدیدہ کا قناطر ہوتا ہے اور قتال ناک (canal of Nuck) کہلاتا ہے۔ اگر یہ زائدہ منفتح رہے جیسا کہ اکثر رہ جاتا ہے تو اس سے ایک فتن پیدا ہو جاتا ہے جو مردوں کے فتن خلقی کا قناطر ہوتا ہے۔ زندگی کے کافی ابتدائی حصہ میں فتن کی تقریباً اربی قسم ہی لڑکیوں میں پائی جاتی ہے بشرطیکہ فتن ستری کو مستثنیٰ قرار دے دیا جائے۔ بیض بھی فتنی تاچہ کے مشمولات میں اکثر پایا جاتا ہے۔ کیونکہ نوزائیدہ بچہ میں بیض جھنڈی لگر کے لیول سے اوپر واقع ہوتا ہے اور اندر ٹی شکمی حلقہ کے نسبت قریب ہوتا ہے۔ ابتدائی اربی فتن کی ایسی تمام مثالوں میں رودہ منفتح زائدہ غمدیدہ

میں سے اترتا ہوتا ہے۔

صرف یہ کہنا باقی رہ گیا ہے کہ اُربی فتن کی غمز (taxis) سے ترجیح کرتے وقت ران کو خمیدہ اور مقرب ہونا چاہئے۔ کیونکہ شکم کی جن دیواروں سے اُربی قنال کے حدود بنے ہوتے ہیں وہ اس وضع میں نہایت ڈھیلی ہو جاتی ہیں۔ ران کی یہ وضع اربی خط پر زیادہ تر ان چسپیدگیوں کے ذریعہ سے اثر انداز ہوتی ہے جو داسے عریض (fascia lata) اور اُربی (پوپا رٹ کے) رباط کے درمیان پائی جاتی ہیں۔

اُربی فتن کے کلی علاج کے لئے تاجہ کو ضرور دور کر دینا چاہئے اور دیوار شکم میں

جو رخنہ ہوا اسکی مرمت کر دینا چاہئے۔ پہلا مرحلہ زیادہ ضروری ہے اور بچوں میں اکثر صرف یہی مطلوب ہوتا ہے۔ معمولی عمل میں پوپا رٹ کے رباط کے اندرونی نصف کے متوازی اور اسکے پانچ اوپر ایک شکاف دیا جاتا ہے سطحی برمعدی اور سطحی خارجی حیائی (pudic) عروق کاٹ کر باندھ دئے جاتے ہیں اور عضلہ موربہ خارجہ کے صفاق میں خارجی حلقہ میں سے شکاف دے دیا جاتا ہے۔ اسکے بعد جل کو اٹھا لیا جاتا ہے اور اسکے غلافوں میں شکاف دے کر رما دی کوریوں والا تاجہ شناخت کر لیا جاتا ہے اور اس پر سے تمام غلافات اور جل کے درمیان اجزا کا زکے ذریعہ سے قطع کر کے مکمل طور پر اتار لئے جاتے ہیں۔ اسکے بعد اسے کھوکھلے مشمولات سے خالی کر دیا جاتا ہے اور اندرونی شکمی حلقہ پر باندھ کر کاٹ دیا جاتا ہے۔ پھر وتر متحدہ کو جل کے پیچھے پوپا رٹ کے رباط سے ٹانگ دیا جاتا ہے اور اسکے سامنے عضلہ موربہ خارجہ کے شکاف کی مرمت کر دی جاتی ہے۔ متحدہ وتر کو رباط مذکور سے ٹانگتے وقت عمداً سوئی کا اوپر سے نیچے کی طرف کو استعمال کرنا چاہئے تاکہ فغذی عروق کے قریب آکر اسکی ٹوک ان سے دور رکھی جاسکے۔ مزید برآں ایسے واقعات کا اندراج بھی کیا گیا ہے جنہیں عمیق برمعدی (deep epigastric) شریان ہوا دوخت میں شامل کر لی گئی ہے۔ اور پھر قے ہونے وقت قوی عضلی فعل سے کچ کر خارجی صرقنی (external iliac) سے ٹوٹ کر علحدہ ہو گئی ہے۔ اس نادار الوقوع حادثہ سے بچنے کے لئے صرف اس امر کا ہی یقین کرنا ضروری ہے کہ وتر متحدہ موخرتہ کی سب سے باہر کی دوخت کی گرفت میں اچھی طرح سے آگیا ہے اور وہ اسکو بالکل منقبت تو نہیں کرتی۔

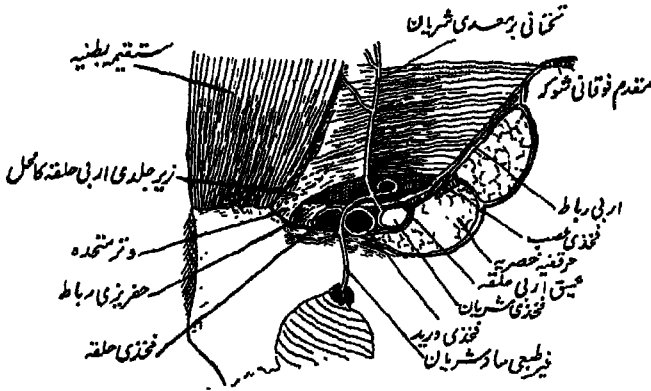
اگر اندرونی دہنہ پر یا اسکے نزدیک کسی مضیق بند کا کاٹنا ضروری ہو تو بلا واسطہ یا بالواسطہ فتق میں عمیق برآمدی شریان کے متوازی اوپر کی اور اندر کی سمت میں بغیر کسی خطرہ کے شکاف میاں کھینچا

فخذی فتق (femoral hernia) - اس قسم کے فتق میں رودہ شکم میں سے فخذی حلقہ

میں سے نکل آتا ہے (شکل ۹۲)۔ اور فخذی قنال میں سے گذر کر ران میں چلا جاتا ہے۔ فخذی حلقہ اور قنال اس تنگ وقفہ کا نام ہے جو فخذی وردہ اور فخذی غلاف کی اندرونی دیوار کے درمیان موجود ہوتا ہے۔ اگر بی قنال کی طرح یہ بھی ایک حقیقی قنال ہونے کی بجائے قنال بالقوہ ہے۔ فخذی قنال قیف نما اور پل انچ لمبی ہوتی ہے اور صافنی فتق (saphenous opening) (بیضوی حفرہ fossa ovalis) کے بالمقابل ختم ہو جاتی ہے۔ اگر اگر بی رباط پر معانی شوکہ اور فخذی نقطہ کے عین وسط پر ایک نقطہ مقرر کیا جائے تو یہ عین فخذی حلقہ کے اوپر واقع ہو گا۔ صافنی فتق کا مرکز اس نقطہ سے پل انچ نیچے واقع ہوتا ہے (شکل ۸۹ صفحہ ۳۹۸)۔ فخذی فتق ہمیشہ آکتابی ہوتے ہیں اور اکھا ایک تاجہ ہوتا ہے جو اس جداری باریطون سے مشتمل ہوتا ہے جو فخذی حلقہ اور اسکے قرب و جوار پر پایا جاتا ہے۔ یہ حلقہ محور توں میں مردوں کی نسبت بہت بڑا ہوتا ہے، اسلئے فخذی فتق قبل الذکر میں بہت کثرت سے پایا جاتا ہے۔ چونکہ رودہ کھانسنے یا بھاری وزن اٹھانے یا کانکھنے سے) بار بار ایک ایسے حلقہ پر دہتا رہتا ہے جو غیر طبعی طور پر کش دہے، اس لئے یہ باریطون اور باقی فاصل (septum crurale) (یہ نام اس زیر باریطونی بافت کو دیا گیا ہے جو فخذی حلقہ کو پوشیدہ کئے ہوئی ہے) کو اپنے آگے دھکیل کر ایک تاجہ بنا لیتا ہے اور فخذی غلاف میں داخل ہو جاتا ہے جب یہ تقریباً پل انچ اتر آتا ہے تو اس غلاف کے انقباضات اسکو اور نیچے کی طرف بڑھنے سے روک دیتے ہیں۔ اسلئے یہ صافنی فتق میں سے نکل کر آگے کی طرف کو چل دیتا ہے اور ردائے غربالی کو جو اس فتق کے اوپر ہوتی ہے آگے دھکیل دیتا ہے۔ اسکے بعد یہ ایک غلاف طبعی ردا اور جلد سے بھی حاصل کرتا ہے۔ چونکہ فخذی حلقہ کے ارد گرد کی ساختیں استوار ہوتی ہیں اسلئے تاجہ کی گردن کا ہمیشہ چھوٹا ہونا ضروری ہے۔ ایسے ہی وجوہ کی بنا پر فخذی قنال میں اسکے ابعاد لازمی طور پر بہت ہی کم ہوتے ہیں مگر جب یہ ایک دفعہ صافنی فتق (saphenous opening) میں سے نکل جاتا ہے تو کچھ ران کی ڈھیل ڈھالی زیر جلدی بافت اسکو بڑھنے کا کافی موقع دیتی ہے۔ جب فتق صافنی فتق میں سے نکل چکا ہے تو اس کا میلان

اوپر کی طرف کو اُربی رباط پر سے مقدم فوقانی حرقفی شکوکہ کی سمت میں بڑھنے کی طرف ہوتا ہے اور جب یہ ایک معتدبہ حد تک اس رباط پر پتہ کرکے بھی ہو جاتا ہے تو اسے غلطی سے بھی اُربی رباط بمشکل ہی خیال کیا جاسکتا ہے کیونکہ اسکا عانی شکوکہ کے باہر کی طرف اور پوپا رٹ کے رباط کے نیچے ہمیشہ واقع ہونا لازمی ہے۔ قحفی تاجہ اُربی ردا کی عمیق تھوں (ردائے مکارپا: Scarpa's fascia) سے اوپری ہوتا ہے۔

تعلقات۔ جب قحف فخذی قنال میں پایا جاتا ہے تو اسکے سامنے جلد، سطحی ردا،



شکل ۹۲۔ حرقفی حلقہ اور اس کے تعلقات جیسا کہ عمقی یا باریطونی جانب میں سے دکھائی دیتے ہیں۔

ردائے عریض (fascia lata) کا حرقفی حصہ، ردائے غالی (fascia cribrosa) اور فخذی خلاص کی مقدم دیوار ہوتی ہے اور اسکے پیچھے فخذی خلاص کی موخر دیوار اور ردائے عریض (fascia lata) کا عانی حصہ عضلہ مشطیہ (pectineus) اور ہڈی ہوتی ہے۔ حرقفی حلقہ کے حدود یہ ہیں۔ سامنے کی طرف اُربی رباط اور فخذی خلاص۔ پیچھے کی طرف ردائے عریض اور عضلہ مشطیہ سے ڈھکی ہوئی ہڈی۔ اندر کی طرف وتر مستعدہ، گمبرنٹ (Gimbernath) کا رباط اور عمقی

ساقی مہراب کا اندرونی حصہ باہر کی طرف فخذی ورید جو غلاف کے اندر ہوتی ہے (شکل ۹۲)۔ جل میں (مردوں میں) فخذی حلقہ کے سین اور پر واقع ہوتی ہے اور عمیق بر معدی (deep epigastric) شریان اسکی اوپر کی اور باہر کی حد پر سے گذرتی ہے۔ سات میں سے دو واقعات میں شریان ساد (obturator artery) عمیق بر معدی شریان میں سے نکلتی ہے۔ ۱۰ فیصدی واقعات میں اس قسم کی غیر طبعی شریان ساد صرف حلقہ کی اندر کی طرف سے گذرتی ہے اور تشخیص کے لئے جو عملیہ جات کئے جاتے ہیں انہیں اسکے زخمی ہونے کا خطرہ ہوتا ہے (شکل ۹۲)۔ بقیہ واقعات میں یہ شریان نیچے کی طرف کو آتی ہوئی اس حلقہ کے باہر کی طرف پہنچ جاتی ہے اور بعض اوقات اسکو عبور بھی کرتی ہے (آر۔ کوئین R. Quain) اس حلقہ کے قریب جو عروق پائے جاتے ہیں انکے علاوہ ایک حافی ورید بھی ہوتی ہے جو ورید ساد میں سے جو درقی سوراخ میں ہوتی ہے نکل کر اوپر کی طرف کو جاتی ہے اور خارجی صرقفی (external iliac) ورید میں داخل ہو جاتی ہے۔

فخذی فتال کی جسامت اور اسکے دھنہ پر کے تناؤ کا درجہ جارح کی وضع کے ساتھ ساتھ بہت بدلتا رہتا ہے۔ اگر ان بسط کردگی اور تبعید کی حالت میں ہو اور باہر کی طرف گردش کئے ہو تو یہ جیسے بہت تنیدہ ہوتے ہیں اور جب جارح خم کردگی اور تقریب کی حالت میں ہو اور اندر کی طرف گردش کئے ہوئے ہو تو یہ نہایت ڈھیلے ہوتے ہیں۔ لہذا جب نمز (taxis) کے لئے کوشش کی جا رہی ہو تو ران کو موزن کر وضع ہی میں رکھنا چاہئے۔

فخذی فتق کے لئے جو عملیہ کیا جاتا ہے اس میں فتق تک پہنچنے کا بہترین راستہ میری (سی۔ سی۔ چوائس کی) رائے میں مندرجہ ذیل وجود کی بنا پر اربی خط میں سے ہے۔ (۱) تاج اربی رباط کے اوپر اور نیچے مہرا کیا جاتا ہے۔ (۲) فتال کا سب سے اوپر کا حصہ آسانی سے بند کیا جاسکتا ہے۔ (۳) حفر نیزی رباط (lacunar ligament)۔ بخوبی دکھائی دیتا ہے اور اگر ضرورت ہو تو اسے بخوبی دیکھ کر کاٹا جاسکتا ہے۔ (۴) اگر غیر طبعی شریان ساد موجود ہو تو وہ دکھائی دیتی ہے اور حفر نیزی رباط کو کاٹتے وقت اسکی حفاظت کیجا سکتی ہے۔ (۵) اور اگر کسی قسم کا اربی فتق بھی موجود ہو تو وہ دریافت کیا جاسکتا ہے اور اسکا تدارک بھی کیا جاسکتا ہے۔

اربی فتال کے اوپر ایک شکاف دیا جاتا ہے اور عضلہ موربہ جارح کا صفاق خارجی شکلی حلقہ سے لیکر باہر کی طرف کو کاٹ دیا جاتا ہے۔ عضلہ موربہ داخلہ اور وتر متوجہ اور جل منوی کی باکشی

اوپر کی طرف کو کر دیجاتی ہے اور حفز زنی رباط (lacunar ligament) معا کر لیا جاتا ہے۔ اس رباط سے عین باہر کی طرف کو ردائے مستعرضہ (جو نیچے کی طرف فخذی غلاف کی مقدمہ سے کے ساتھ مسلسل ہوتی ہے) تقریباً ۱/۲ انچ تک مستعرضاً کاٹ دیجاتی ہے۔ اور شکاف فخذی دریدہ تک پہنچنے سے پہلے ہی ختم ہو جاتا ہے۔ اب تاجہ کی گردن نظر آسکتی ہے اور تھوڑی سی کنڈلیج سے منفرد کی جاسکتی ہے۔ اس کے بعد اُربی جلدی شکاف کو باز کشوں کے ذریعہ سے پوپارٹ کے رباط کے نیچے تک کھینچ لیا جاتا ہے۔ سطحی ردا کو کاٹ دیا جاتا ہے اور تاجہ کے قعر کو جو عام طور پر اُس منضم اور موئی چربی سے ڈھکا ہوتا ہے جو ساقی فاصل اور بیرونی شیمی سے مشتق ہوتی ہے معا کر لیا جاتا ہے۔ اسکے بعد تاجہ کی تقطیع ساقی قنال تک بہت اچھی طرح سے کر لیجاتی ہے۔ اکثر واقعات میں اُربی رباط کے اوپر اور نیچے ذرا سی دست ورزی کرنے سے تاجہ کو اس سے اوپر لیجا سکتا ہے۔ اسکے بعد اسکو کھول لیا جاتا ہے اور اگر ضرورت ہو تو اسے عانی کر لیا جاتا ہے اور باندھ کر کاٹ دیا جاتا ہے۔ اگر فوق کا منہ چوڑا ہو تو بندھی ہوئی گردن کو اس جگہ سے بنایا جاسکتا ہے اور کسی ایسی جگہ کے ساتھ ٹانگے لگا کر سیا جاسکتا ہے جہاں عضلی دیوار مضبوط ہو لیکن یہ عام طور پر غیر ضروری ہوتا ہے۔ اسکے بعد بالائی فخذی قوتھمی سن (Lotheisen) کے عملیہ کے ایک مرمہ طریقہ سے بند کیا جاسکتا ہے۔ اُربی رباط، وژ متقدہ اور عانہ کی سطح کے اوپر کی تمام بافتوں میں سے دو ختمیں گزار دیجاتی ہے۔ اس طرح حرقفی مشطی گردنی رباط (ilio-pectineal ligament) periosteal ligament (کو تیر کا رباط: Cooper's ligament) اور شائد عضلہ مشطیہ (pectineus) کے کچھ ریشے گرفت میں آجاتے ہیں۔ جب ان دو ختوں کو باندھا جاتا ہے تو فتقی سوراخ اچھی طرح سے بند ہو جاتا ہے۔ ان دو ختوں کو گزارنے وقت جراح کو اپنی بائیں انگشت اشاریہ فخذی دریدہ پر رکھنا چاہئے تاکہ یہ اس وقت ضرر سے اور آئندہ نفیق سے محفوظ رکھے بہت عریض دہنجات کو اربی رباط کو مشطیہ (pectineus) کے اوپر کی ردا (ردائے عریض کے عانی حصہ) کے ساتھ ران میں ٹانگے لگا کر جوڑنے سے اور بھی زیادہ محکم طور پر بند کیا جاسکتا ہے۔ اگر تاجہ ساقی قنال میں سے مشمولات کے خواص یا انکی جسامت کی وجہ سے نہ گزارا جاسکے تو اسے ران میں کھولا جاسکتا ہے اور دوسرے مشمولات کی ترجیح کرنے کے لئے ثرب کی ایک کافی مقدار کاٹ دیجاتی ہے۔ اگر مشمولات ممنوق ہو گئے ہوں تو انکو عام طور پر حفز زنی رباط (lacunar ligament) کو چاقو سے اوپر کی اور اندر کی طرف دبا کر کاٹ دینے سے آزاد کر دینا چاہئے۔ شاذ و نادر ایسا بھی ہوتا ہے

کہ مشمولات پھر بھی حرکت ناپذیر رہتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں یا تو اربی رباط کو کاٹنا جاسکتا ہے یا اسکی عظمی جھپیدگی کو چھیننے سے علحدہ کیا جاسکتا ہے (ہے گروور: Hey Groves) اور اس ضرر کی تلافی بعد میں ٹانگے یا کیل لگانے سے کر دیا جاتی ہے۔

۳۔ فق ساد (obturator hernia)۔ اس قسم میں رودہ باریلون

زیر باریلونی شحم اور عوصی ردا کو اپنے آگے دھکیل لیتا ہے اور قتال ساد میں سے نکل آتا ہے (شکل ۹۰ صفحہ ۳۹۹)۔ اس قتال کا رخ پیچھے سے نیچے کی اور آگے کی اور اندر کی طرف کو ہوتا ہے۔ اربی قتال فخذی قتال سے پوٹا رٹ کے رباط کے اندرونی حصہ سے علحدہ ہوتی ہے اور فخذی قتال ساد قتال سے عظم عانی کی افقی فرع سے علحدہ ہوتی ہے۔

قتال سے گذر کر قنق بعض اوقات غشائے ساد اور عضلہ سادہ خارجہ (obturator

externus) کے درمیان چلا جاتا ہے اور گہرا ہی رہتا ہے۔ یا بعض اوقات یہ اس عضلہ میں سے یا اسکے اوپر سے نکل آتا ہے۔ اس حالت میں یہ عضلہ مشطیہ (pectineus) اور عضلہ مقسریہ قصیرہ (adductor brevis) سے ڈھکا ہوتا ہے۔ شریان ساد (obturator artery) قاعدہ

ناچ کے خارجی اور موخر حصہ پر ہوتی ہے اور بہت ہی شاذ طور پر یہ اسکے سامنے کی طرف ہوتی ہے۔

عصب ساد (obturator nerve) عام طور پر ناچ کے باہر کی طرف پایا جاتا ہے اور اس کے سامنے کی طرف یہ کثرت واقع ہوتا ہے۔ عصب کے قرب کی وجہ سے اس پر دباؤ پڑنے کا بہت احتمال ہوتا ہے اور اس قنق کا اکثر ایک نمایاں خاصہ یہ ہوتا ہے کہ عصب مذکور کے ساتھ ساتھ درد ہوتا ہے قنق عضلہ مشطیہ (pectineus) کے نیچے اور کوٹھے کے کیمہ کے اندر کی طرف فخذی عروق کے نیچے

411

اور اندر کی طرف اور عضلہ مقریہ طویل (adductor longus) کے وتر کے باہر کی طرف ظاہر ہوتا ہے۔ کوٹھے کے جوڑ کو حرکت دینے پر درد کا پایا جانا بالعموم ایک نمایاں علامت ہوتی ہے۔ عضلہ سادہ خارجہ (obturator externus) لان کو جبکہ یہ خفیف سی تبید کی حالت میں ہوا اندر کی طرف گردش دینے سے تنیدہ کیا جاسکتا ہے۔ یہ قنق بہت ہی نادر اور وقوع ہے مگر عورتوں میں یہ نسبتاً زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ یہ امر قابل ذکر ہے کہ قتال ساد کے دہنہ کا امتحان کسی حد تک قبل اس سے کیا جاسکتا ہے۔

۴۔ فتق کے نادر الوقوع اقسام۔ عجافی فتق (perineal hernia)

میں تاجہ جو جو عضی ڈایا فرام کی شکمی جانب کی ردا (مستقیم ثنائی ردا: recto-vesical fascia) سے پوشیدہ ہوتا ہے رافع بزر عضل (levator ani) کے سامنے کے ریشوں میں سے عدد قدیم

اور معائنے مستقیم کے درمیان سے نکلتا ہے۔ وری کی مستقیم فتق (ischio-rectal hernia)

میں بروز وری کی مستقیم جھروں واقع ہوتا ہے۔ حیائی فتق (pudendal hernia) میں تاجہ

لب فرج کے موخر اور تحتانی نصف میں پایا جاتا ہے اور وری کی صمودی فرع اور ہبل کے درمیان

سے نکلتا ہے۔ یہ غلطی سے دورہ بھی تصور کیا جا چکا ہے۔ نسائی فتق (sciatic hernia) میں

رودہ بڑے عجمی نسائی کٹاؤں سے اندرونی حرقنی (internal iliac) عروق کے سامنے کی

طرف سے عضل کثیرہ (pyriformis) کے اوپر یا نیچے سے نکلتا ہے اور عضل الوبہ کبیر (gluteus

maximus) کے نیچے اگر ظاہر ہو جاتا ہے۔ سری فتق (umbilical hernia) کے متعلق پہلے

جو کچھ کہا جا چکا ہے (صفحہ 385) اسکے علاوہ اور کچھ نہیں کہا جاسکتا سوائے اسکے کہ تاجہ اپنے

محل کے لحاظ سے تقریباً ہمیشہ قرب پرستل ہوتا ہے اور بعض اوقات اس میں محدہ بھی شامل ہوتا

ہے۔ قطنی فتق (lumbar hernia) میں رودہ عضل قطنیہ مربع (quadratus

lumborum) کے سامنے سے نکلتا ہے اور پیٹی (Petit) کی مثلث (عضلہ عریفہ لہریہ اور عضلہ

مورہ خارجہ کا درمیانی وقفہ) میں سے گذر کر سطح پر ظاہر ہو جاتا ہے اور اسلئے یہ حرقنی حرف

(iliac crest) کے بلند ترین مقام کے عین اوپر واقع ہوتا ہے۔ تاجہ لازمی طور پر یا تو قطنی ردا اور

عضلات مورہ داخلہ کو اپنے آگے وکیل لاتا ہے اور یا (محالات کفر) انہیں سے گذر آتا ہے کیونکہ

ان ساختوں سے مثلث مذکور کا فرش بنتا ہے۔ فتق "بالائی قطنی مثلث" میں سے بھی نکل سکتا ہے اور

یہ مثلث ایک وقفہ ہے جو آخری پسلی کے قریب ہوتا ہے اور جہاں عضلہ متعصر (transversalis)

کا صفاق صرف عضلہ عریفہ لہریہ سے ڈھکا ہوتا ہے میکریڈی (Macready) (الانسٹ ۸ نمبر

ڈایا فرامی فتق (diaphragmatic hernia) خلقی بھی ہوتا ہے اور اکتسابی

بھی۔ قبل الذکر قسم نہایت کثیر الوقوع ہے۔ اور یہ ڈایا فرام کے نوک کے صرف ناقص رہ جانے اور صدر اور شکم کے درمیان کے ابتدائی تعلق کے برقرار رہنے سے پیدا ہوتی ہے۔ اس تعلق کا محل اس لٹنی و قحف سے ظاہر ہوتا ہے جو آخری سپلی سے نکلنے والے اور خارجی مخرجی (external arcuate) ربا (جانبی قطنی منسلکی مخرج: lateral lumbocostal arch) سے نکلنے والے ریشوں کے درمیان موجود ہوتا ہے۔ خلقی قسم دائیں جانب پر بہت ہی شاذ طور پر واقع ہوتی ہے۔ کیونکہ جگر کا نو اس طرف کے پورائی باریطونی فتحہ کو بند کرتا ہے۔ اکتسابی قسم میں جو بالعموم کسی کچلنے والے حادثہ کا نتیجہ یا نڈی کے زخم کا عاقبہ ہوتی ہے ڈایا فرام کسی مقام پر بھی دریدہ ہو سکتا ہے۔ مگر واقعات کی اکثریت میں ضربائیں گندیں معدہ کے اوپر موجود ہوتا ہے۔ ایک بالغ موضوع میں جسکی تقطیع ڈاکٹر این پٹرسن (Dr. N. Paterson) نے کی تھی بائیں مراق کے شکلی مشمولات بائیں پورائی کہنہ میں موجود تھے بائیں گند میں ایک بڑا سا وزن تھا۔ یہ حالت زمانہ حیات میں شناخت نہیں کی گئی اور بظاہر اس سے کوئی نمایاں علامات نہیں پیدا ہوئے تھے۔ پھر متشخص ڈایا فرامی فتق کے اس قسم کے واقعات قلیل الوقوع نہیں۔ مگر انجام کار تشدد کے علامات کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ اعضا میں معدہ کا اپنی جگہ سے ٹٹن نہایت کثیر الوقوع ہے۔ اسکے بعد مستعرض قولون شرب، معائے صغیر، طحال، جگر، بلبہ اور گردوں کا نام علی الترتیب آتا ہے۔ بعض اوقات یہ فتق سوراخ برائے مری میں سے گزر جاتا ہے۔ مگر اس سوراخ میں سے یہ کبھی نہیں گذرتا جو وریا جو (vena cava) کے لئے ہوتا ہے اور نہ یہ فتحہ اور طیبہ (hiatus aorticus) ہی میں سے گزرتا ہے۔ معدہ کا ایک جزوی فتق جو مریوی دہنہ میں سے گذر جاتا ہے قلیل الوقوع نہیں بلکہ اے! فی آلر (W.A.E. Waller) نے ایک ۱۹ سال کی عورت کو جو ان مردکا واقعہ درج کیا ہے جو تشدد (obstruction) کے مبہم علامات کے ساتھ فوت ہو گیا تھا۔ معدہ مریوی دہنہ میں پائیا گیا تھا اور اسکا زیادہ تر حصہ بائیں پورائی کہنہ میں گذر گیا تھا۔ یہ فتق جن حصوں کو عام طور پر منتخب کرتا ہے وہ انصافی باقت کے

وہ وقفے ہیں جو آگے کی طرف ڈایا فرام کے قصبی اور ضلعی مبدائوں کے درمیان اور پیچھے کی طرف اسکے فقری اور ضلعی مبدائوں کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ یہ فترتوں مردوں میں زیادہ عام ہوتے ہیں۔

فخذی اور اُربی عطفات - زمانہ حال میں آر۔ ڈبلیو۔ مرسے (R. W. Murray)

نے اس کثرت کی طرف توجہ دلائی ہے جس سے باریٹون کے عطفات فخذی اور اُربی قنالوں کے فترتوں پر پائے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۹۰ صفحہ ۳۹۹)۔ ۲۰۰ امتحانات بعد الموت میں اسکو ۵۲ فخذی اور ۱۳ اُربی عطفات ملے مگر باوجود اسکے فترت ایک ہی موجود نہ تھا۔ بعض اوقات میں اُربی تاچے زائدہ عمدہ یہ (processus vaginalis) سے بن جاتے ہیں۔ مگر تمام فخذی قصبے اور غالباً اُربی قصبوں میں سے اکثر مجددور کی اُس بقی بافت کے راستہ دینے سے پیدا ہوتی ہیں جو فخذی اور اندرونی غشی حلقوں پر پائی جاتی ہے۔ ان خطوں میں باریٹون ٹکدار ہوتا ہے اور دیوار شکم سے یہ جھٹی اسقدر ڈھیلی چپکی ہوتی ہے کہ تھوڑے سے درون شکمی دباؤ سے بھی یہ بروز کراتی ہے۔ علاج کے تمام طریقوں میں شکمی اور فخذی حلقوں کے خطہ پر باریٹون کا محکم انضمام حاصل کرنے کے لئے زرائع اختیار کرنے چاہئیں۔

موخر شکمی جلد دوم

(Posterior Abdominal Parietes)

شکم کی جانبی اور موخر دیواروں پر اندر کی طرف مستعرض اور صرغفی دو ردائوں کا استر موجود ہوتا ہے۔ ردائے مستعرض (transversalis fascia) نام عضلہ مستعرضہ کے لئے استر کا کام دیتی ہے۔ نیچے کی طرف یہ اوپر کی طرف سے زیادہ موٹی ہوتی ہے۔ اوپر کی طرف یہ اس ردائے لمباتی ہے جو ڈایا فرام کو پوشیدہ کرتی ہے اور نیچے کی طرف یہ صرغفی خوف اور تمام اُربی رباط سے ہر جگہ پسیدہ ہوتی ہے سوائے اس مقام کے جہاں یہ فخذی غلاف کی مقدمہ بنانے کے لئے ران میں چلی جاتی ہے۔ صرغفی ردائے (iliac fascia) عضلہ صرغفیہ خصریہ

(ilio-psoas muscle) کو محصور کرتی ہے اور جو حصہ عضلہ خصریہ (psoas) کے اوپر موجود ہوتا ہے وہ زیادہ باریک ہوتا ہے۔ یہ حصہ عجز کی اندرونی جانب پر عمود شوکی سے ان مقامات پر چسپید ہوتا ہے جو عضلہ خصریہ کے مبدائوں کے قناطر ہوتے ہیں۔ اوپر کی طرف یہ اندرونی صحرائی رباط (ligamentum arcuatum internum) (وسطانی قطنی ضلعی محراب medial lumbo-costal arch) سے اور باہر کی طرف قطنی ردا (lumbar fascia) کی مقدمہ عضلہ خصریہ کی بیرونی کور کے ساتھ ساتھ چسپید ہوتی ہے۔ نیچے کی طرف یہ ردا عضلہ خصریہ (iliacus) کو محصور کرتی ہے اور یہ حرقفی عرف اور حوض کی لگڑ اور اُربی رباط سے سوائے اس مقام کے جہاں یہ فغزی علاف کی موضوع دیوار بنانے کے لئے اس رباط کے نیچے سے گذرتی ہے چپکی ہوتی ہے۔ یہ عضلہ خصریہ خصریہ پر اسکے انتہی تک چلی جاتی ہے اور ردا سے عسریض (fascia lata) سے ملکر ختم ہو جاتی ہے۔

ان رباطات کی ترتیب خراج کی ترقی اور اسکے رخ پر بہت اثر انداز ہوتی ہے۔ چنانچہ اگر کوئی خراج ردا سے مستعرض کے نیچے واقع ہو تو اسکا منہ یا تو حرقفی عرف کے یا اُربی رباط کے عین اوپر بنے گا اور یا یہ جبل منوی کے ساتھ ساتھ چلا جائے گا اور قنال اُربی کو متہد کر دیگا۔ حرقفی ردا عضلہ خصریہ کو ایک بہت نمایاں عظمی صفاقی فضا میں بند کئے ہوتی ہے۔ اس ردا اور عضلہ (خاص کر اسکی حرقفی قسمت) کے درمیان ڈھیلی التصالی بافت کافی مقدار میں موجود ہوتی ہے اور اسلئے اس خط میں زیر ردائی خراجات کو ترقی کرنے کے لئے ہر ایک سہولت مہیا ہوتی ہے۔ یہ عظمی صفاقی فضا شکم میں تقریباً تمام اطراف سے بند ہوتی ہے اور صرف نیچے کی طرف ہی کھلی ہوتی ہے اور یہاں سے یہ ردا عضلہ کے ساتھ ہی ران میں چلی جاتی ہے۔ چونکہ یہ فضا اس فضا کے زیر ترین حصہ میں واقع ہوتا ہے اسلئے اسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خصری (psoas) یا حرقفی (iliac) خراج باہر ران کے بالائی حصہ پر فغزی عروق کے عین باہر کی طرف نمودار ہوتا ہے اور نیز اسکا رجحان ان عروق

کے پیچھے چلے جانے کی طرف بھی ہوتا ہے۔ جو خراج حرقفی حفرہ میں واقع ہوتا ہے اس کا زیادہ تر رجحان اگرچہ ران میں چلے جانے کی طرف ہوتا ہے، مگر بعض اوقات یہ اوپر کی طرف فوقانی چسپید گیوں تک بھی چڑھ جاتا ہے اور حرقفی عرف پر یا پوپارٹ کے رباط کے بیرونی حصہ پر نمودار

ہو جاتا ہے۔ با بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ بالحاظ اندرونی چسپیدگیوں کے یہ حوض میں تجاوز ہو جاتا ہے۔ اگر مریض کو اس تک لیٹے رہنا پڑے تو کوئی وجہ نہیں کہ یہ عضلہ خصریہ کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف کو کیوں نہ پھیلے۔

بہتر کیف حرقنی خراج (iliac abscess) کی اصطلاح کا استعمال اکثر پیپ کے ان اجتماعات پر کیا جاتا ہے جو حرقنی ردا سے لیار شدہ فضا کے اندر نہیں ہوتے، بلکہ زیر باریطونی تھلما بافت میں ہی واقع ہوتے ہیں۔ یہ بافت حرقنی حفرہ میں بہت وسیع اور ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے تاکہ باریطون میں وہ پھیلاؤ پیدا ہو سکے جو احوار، قولون، مثانہ، رحم اور معائے ستفیم کے بھرنے اور خالی ہونے کے لئے لازمی طور پر درکار ہوتا ہے۔ اس میں قحی مادہ کے بڑے بڑے اجتماعات پیدا ہو جاتے ہیں یا حوض سے شروع ہو کر اس میں پھیل جاتے ہیں۔ پو پارت کے رباط کے اوپر کچھ فاصلہ پر (۱ تا ۲ انچ) زیر مصلی بافت کثیف ہو جاتی ہے اور باریطون مضبوطی سے پیوستہ ہو جاتا ہے۔ اس لئے اس قسم کے خراج حرقنی حفرہ ہی میں رہتے ہیں اور دیوار شکم کو اربی رباط کے عین اوپر باہر کی طرف کو نکال دیتے ہیں اور یہ اس زاویہ میں واقع ہوتے ہیں جو حرقنی اور مستمر حوضی رداؤں کے اتحاد سے بنتا ہے۔ بعض حالتوں میں ان کا میلان حوض میں پھیل جانے کی طرف ہوتا ہے۔

جب خراج زیر مصلی بافت میں واقع ہوتا ہے تو یہ بعض احتشاء سے اور خاص کر احوار و حرقنی قولون سے قریبی طور پر متماثل ہوتا ہے اور قولون کے انہی حصوں میں یہ پھٹ جاتا ہے۔ حوض کے اندر کے پس باریطونی خراجات (حوضی خلوی التهاب: pelvic cellulitis) بعض اوقات اوپر چڑھ کر حرقنی حفرہ میں پہنچ جاتے ہیں اور بطور حرقنی خراجات کے ظاہر ہو جاتے ہیں اور انجام کار شکم کی مقدم دیوار کے زیرین حصوں میں بہت سے نفحات بن جاتے ہیں جن میں سے یہ خالی ہو جاتے ہیں۔

یہ معلوم کر لینا مناسب ہو گا کہ مشترک (common) اور خارجی حوضی (external iliac) عروق، عروق لفظ اور جالبین حرقنی ردا کے باہر واقع ہوتے ہیں اور اسکی شکلی سطح پر متنگن ہوتے ہیں اور مقدم ساقی (anterior crural) اعصاب اور قطنی (lumbar) اعصاب کے شکلی حصے مذکور اعظمی صفاتی فضا کے اندر ہوتے ہیں۔ چنانچہ درون ردا فی خراج

بعض اوقات ذرا سی مزاحمت کے بعد حرقی عروق کے ساتھ ساتھ ران میں پہنچ جاتا ہے اور بڑوں
ردائی اجتماع مقدم ہاتھی (anterior crural) عصب کی متابعت کرتا ہے۔

خصری خراج (psaos abscess) یعنی وہ خراج جو عضلہ خصریہ

(psaos muscle) کے ردائی خلاف میں پایا جاتا ہے بالعموم عمود فقری کی بوسیدگی سے پیدا
ہوتا ہے گو اس مرض سے تعلق رکھنے کے بغیر بھی یہ نمودار ہو سکتا ہے۔ اگر عمود فقری کا قطنی حصہ
ماؤف ہو تو پیپ براہ راست اس عضلہ کے جسم میں داخل ہو جاتی ہے۔ جسے یہ کم و بیش مکمل طور پر
تباہ کر دیتی ہے۔ اگر مرض عمود فقری کے ٹھری حصہ میں موجود ہو تو مادہ عمود فقری کے سامنے کی جانب کے
ساتھ ساتھ متجاذب ہو جاتا ہے حتیٰ کہ عضلہ خصریہ کے سروں سے اسکا علاقہ پیدا ہو جاتا ہے اور
اسے ایک تنگ راستہ سے گزرنا پڑتا ہے۔ اس عضلہ کے ساتھ ساتھ جو پیپ اتڑتی ہے وہ غلام کا
ران میں پہنچ جاتی ہے اور عروق کے پیچھے سے گزر جاتی ہے اور عام طور پر انہی اندرونی جانب پر
بن ران کے مین نیچے نمودار ہو جاتی ہے۔

قطنی خطہ - جن عضلات سے شکم کی جانبی اور موخر دیواریں بنتی ہیں اور جو

حرقی عرف اور سب سے نیچے کی پسلی کے درمیان کے فاصلہ کو پر کرتے ہیں وہ یہ ہیں :- عضلہ موربہ
خارجہ (external oblique) عضلہ عریفہ ٹھریہ (latissimus dorsi) عضلہ موربہ داخلہ
(internal oblique) عضلہ مستعرضہ (transversalis) معہ روائے قطنی (fascia)
lumborum کے عضلہ ناصبہ ٹھوکیہ (erector spinæ) اور عضلہ قطنیہ موربہ (quadratus
lumborum)۔ حرقی عرف سے لیکر قریب ترین پسلی (بالعموم گیارھویں) کی ٹوک تک سسٹھی میڈ
سے لیکر سسٹھی میڈ تک کا فاصلہ ہوتا ہے اور اوسط فاصلہ ۸، ۴ سسٹھی میڈ یعنی ۲ انچ سے ذرا ہی کم
ہوتا ہے (Addison: -)

عضلہ موربہ خارجہ اور عضلہ عریفہ ٹھریہ نیچے کی طرف ایک مثلث نما وقفہ (پٹی کی شکل)
کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے علیحدہ ہوتے ہیں مگر اوپر کی طرف ان میں تراکب پایا جاتا ہے۔ یہ وقفہ
مورتوں میں نہایت نمایاں ہوتا ہے۔ عضلہ ناصبہ ٹھوکیہ (erector spinæ) اور عضلہ عریفہ ٹھریہ ٹھوکیہ

(sacro-spinalis) کا بیرونی کنارہ قطنی خطہ میں ایک مفید امتیازی نشان کا کام دیتا ہے۔ حرقفہ کے عرف پر عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) کا بیرونی کنارہ عضلہ ناصبہ شتوکیہ (erector spinæ) سے ایک انچ آگے نکل جاتا ہے مگر بارہویں پسلی پر یہ اس عضلہ سے ایک انچ اندر کی طرف واقع ہوتا ہے (شکل ۱۱ صفحہ 481)۔ پتی (Petit) کی مثلث عضلہ ناصبہ شتوکیہ (erector spinæ) سے ۱/۲ تا ۲ انچ آگے بڑھ کر یا حرقفی عرف کے وسطی نقطہ کے عین پیچھے ہوتی ہے۔

آخری پسلی اور حرقفی عرف کے درمیان کثیف قطنی ردا (fascia lumborum) تین ہوتی ہے جو عضلہ مستعرضہ (transversalis) کا موخر صفاق ہے۔ پسلی کے نزدیک اسے آخری بین ضلعی شریان اور عصب، اور حرقفہ کے قریب حرقفی زیر معدی (ilio-hypogastric) عصب اور اسکی رفیق شریان مشتق کرتے ہیں۔ انہی ساختوں کے ساتھ ساتھ خراج بعض حالتوں میں اس ردا میں سے نکل جاتا ہے۔ یہ ردا پیچھے کی طرف تین تہوں میں منقسم ہو جاتی ہے اور اس طرح جو خاص فضا میں بنتی ہیں ان میں عضلہ مربعہ (quadratus) اور عضلہ ناصبہ شتوکیہ (erector spinæ) بند ہوتے ہیں۔ وسطی تہ ان دونوں فضاؤں کے درمیان سے گزرتی ہوئی مستعرض زوائد کی ٹوکوں چلی جاتی ہے۔ ان فضاؤں یا خانوں میں تقیم بعض اوقات محدود رہتا ہے۔ جو قطنی خراج کسی ہم پلو حصہ مثلاً عمود فقری میں یا اس ڈھیلی ڈھالی بافت میں شروع ہوتا ہے جو گردوں کے ارد گرد ہوتی ہے و ردا ئے قطنی (fascia lumborum) یا عضلہ مربعہ (quadratus) کو مشتق کر کے بالعموم پیچھے کی طرف کو چلا جاتا ہے۔

بابت ہند ہم

باریطون اور غذائی خطہ

باریطون۔ بعض اعضاء مثلاً معدہ، طحال اور معائے صغیر باریطون سے اتنے قریبی طور پر محصور ہوتے ہیں کہ یہ غشا انکے زخمی ہونے سے لازمی طور پر اور انکے التهاب سے اکثر مآؤف ہو جاتی ہے۔ دوسرے اعضاء مثلاً گردہ، قولون نزولی، بلب و غیرہ زیر مصلی غشا سے اتنے غیر مل طور پر ڈھکے ہوتے ہیں کہ باریطون بعض اوقات متاثر ہونے سے بچ جاتا ہے۔ مثلاً گردہ کے گرد و نواح میں بڑے بڑے خراج بن سکتے ہیں۔ معائے صغیر کے ثقب میں جو از خود واقع ہو جائے باریطون کا مآؤف ہونا لازمی ہوتا ہے۔ گر بخلاف اسکے اثنا عشری اور قولون نزولی میں بعض اوقات ایسا ثقب واقع ہوتا ہے جس سے مادہ مصلی غشا کو خطرناک طور پر متاثر کئے بغیر زیر مصلی بافت میں چلا جاتا ہے۔ جراثیمی سرایت زیادہ آسانی سے واقع ہو جاتی ہے اگر حملہ کا مبدأ باریطون کی باہر کی جانب کی بجائے اسکی اندر کی جانب پر ہو۔ چنانچہ اس غشا کی اندرونی جانب پر ذرا سی پیپ کے نکل آنے سے التهاب پیدا ہو سکتا ہے، مگر اسکی بیرونی سطح بعض اوقات پیپ میں ڈوبی رہتی ہے (جیسا کہ بڑے بڑے گرد کھوی اور حوضی خراجات میں ہوتا ہے) اور التهاب باریطون کے کوئی خاص علامت پیدا نہیں ہوتی۔ ان اثرات کے سمجھنے کے لئے یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ جو عفونی مادہ باریطون کی آزاد سطح پر موجود ہو اس کے لئے ایک وسیع رقبہ موجود ہوتا ہے جس پر یہ بغیر کسی روک ٹوک کے پھیل سکتا ہے

اور جس سے باسانی منجذب ہو سکتا ہے اور ہم فی الحقیقت اس امر سے آگاہ ہیں کہ سنیاں اشیاء باریطونی کہفہ سے لمبی نظام میں جلد گزر جاتے ہیں۔ کارمین (carmine) کے ذرات اس کہفہ میں اشراب کرنے کے سات منٹ بعد صدری قنات (thoracic duct) میں سیال میں حل ہوتے پائے جاتے ہیں۔ زیر ڈایا فرا می رقبہ میں انجذاب سریع ترین ہوتا ہے (ڈن بار (Dunbar اور ریمی: Remy) اور حوض میں کافی آہستہ ہوتا ہے۔ اس لئے التهاب باریطون کی حالتوں کے علاج میں نیم افتادہ (semi-recumbent) وضع (فاؤر کی وضع) مفید ہوتی ہے۔

باریطون ایک معتد بہ حد تک کچھ سکتا ہے بشرطیکہ کچھ اوصاف تدریجی ہو۔ یہ امر اعصاب کے تدریجی تمدد کے حالات میں مفتوح کی حالت میں تاج کے بننے اور پس باریطونی سلعات کے بڑھنے میں اکثر دیکھا جاتا ہے۔ اس غشا کا فوری کچھ یقیناً انشقاق پیدا کر دیتا ہے۔ جداری باریطون ضرب سے احتیاط کو ضرر پہنچنے کے بغیر بھی پھٹ سکتا ہے۔

ثرب کبیر (great omentum) کے اپنے محل کی وجہ سے زخمی ہونیکا بہت امکان ہوتا ہے۔ پیٹ کی دیوار کے چھوٹے چھوٹے زخموں میں یہ بعض اوقات ایک موثر ڈاٹ کا کام دیتا ہے جو زیادہ اہم ساختوں کے اخراج کو مانع آتی ہے۔ اسکے فعل کی اب تک مکمل طور پر تعین نہیں ہو سکی۔ مگر باریطون کے انجذابی رقبہ کو یہ بلاشبہ وسیع کر دیتا ہے اور اس امر کی بھی شہادت موجود ہے کہ جراحی محل کی مدافعت کرنے میں یہ مرکزی حصہ لیتا ہے۔ چنانچہ بی۔ ایچ۔ ہسٹن (B. H. Buxton) نے یہ معلوم کیا ہے کہ خرگوشوں میں باریطونی کہفہ میں مسمیاتی محرک (typhoid bacilli) کی کاشتوں کا اشراب کرنے کے جلد بعد ثرب کے یک نواقی سفید جیسے ان عصبیات سے بھرے ہوئے پائے گئے۔

ثرب کبیر ایک مختلف الحدود و بطن جامہ پوش کی شکل کا ہوتا ہے۔ اسکا میلان بائیں جانب کو ہوتا ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ یہ میاں معدہ (mesogaster) سے پیدا ہوتا ہے اور بائیں جانب کے فوق میں اسکے بہت کثرت سے شامل ہونے کی توضیح بھی اسی امر سے ہوتی ہے۔ لیکن اسکی آزاد کور کی وصیت حرکت بہت زیادہ ہوتی ہے اور اگر شکم میں کوئی ملتبہ رقبہ موجود ہو تو اسکا میلان اسکی طرف نقل کرنے اور اس سے منضم ہو جانے کی طرف ہوتا ہے۔ اس کا یہ خاص مفید ثابت ہوتا ہے کیونکہ اس قسم کے انضمامات سے فرور رسیدہ احتیاط کا ٹپکاؤ بند ہو جاتا ہے

اور ہر قسم کے انصباب کا انتشار محدود ہو جاتا ہے۔ جب جراح کسی ایسے خطہ دوخت کو یقینی طور محفوظ بنانے کے لئے جسکے ناقص رہ جانے کا شبہ ہو ثرب کا پیوند لگاتا ہے تو وہ اسکی سرعت انضمام سے استفادہ کرتا ہے۔ مزید برآں ثربی انضمامات بعض اوقات ان اعضا میں دوران خون پیدا کر کے لئے بھی مفید ثابت ہوتے ہیں جن میں طبعی رسد خون مسدود ہو گئی ہو۔ جدید اور کلائی یا فٹہ عروق کے ذریعہ سے منضم ثرب اور ماؤف عضو کے درمیان ایک مناسب نفخہ واقع ہو جاتا ہے جیسا کہ بعض اوقات بھینسی سلسلہ میں ہوتا ہے جسکا پانچ بل کہا گیا ہو۔ جب کہبت جگر (hepatic cirrhosis) میں بابی اور نظامی دورانات خون میں اتصال پیدا کرنے اور مسدودی جگر کیلئے دوربصر (short circuit) بنانے کے لئے ثرب کو کیرکولر شکل میں مثبت کیا جاتا ہے تو اسی خاصہ سے استفادہ کیا جاتا ہے۔

لیکن ثربی دامن کا یہ رجحان جو منضم ہو جانے کی طرف ہوتا ہے اگرچہ اکثر مفید ثابت ہوتا ہے مگر بعض اوقات مضر بھی ثابت ہوتا ہے۔ کیونکہ اس سے اسی طرح ثربی بند بن بھی جاتے ہیں جسکے نیچے بعض اوقات رودہ مخنوق ہو جاتا ہے۔ مزید برآں فتن میں مشمولہ ثرب بعض اوقات تاجہ اور دوسرے مشمولات سے اس مضبوطی سے منضم ہو جاتا ہے کہ اسکی ترجیع میں مانع آتا ہے اور بعض اوقات تحقیق تک بھی فوٹ پہنچ جاتی ہے۔ بعض اوقات اس سے خود رودہ کے ارد گرد ایک قسم کا دوسرا تاجہ بن جاتا ہے (ثرربی تاجہ: omental sac)۔ الہتانی انضمامات کے بعد ثرب میں بعض اوقات درزیں اور سوراخ بن جاتے ہیں اور انہیں رودہ کا جو حصہ چھس جاتا ہے وہ مخنوق ہو جاتا ہے۔

ماساریقا (mesentery)۔ ماساریقا کی جداری چسپیدگی میں کسیتقدار اختلاف کا امکان ہوتا ہے۔ جس مقام پر اسکی چسپیدگی اوپر سے شروع ہوتی ہے وہ تقریباً مستقل ہوتا ہے اور اننا عشری کے اختتام کا مظاہر ہوتا ہے اور بلبلہ کے زیرین کنارے کے لیول کے قریب قریب ہوتا ہے۔ اور دوسرے قطنی فقرہ کی عین بائیں جانب پر پایا جاتا ہے (شکل ۹۲)۔ اس مقام سے ماساریقا کی چسپیدگی ایک ترچھے خط کی متابعت کرتی ہے جو نیچے کی اور دائیں طرف کو جاتا ہے اور بڑے ترچھے عروق کو محور کر کے کسیتدر غیر معین طریقہ سے دائیں طرف حرقفی حفرہ میں ختم ہو جاتا ہے (شکل ۹۱)۔ ماساریقا کی جداری چسپیدگی کا طول عام طور پر تقریباً ۴ انچ ہوتا ہے۔ اسکی آریجی چسپیدگی سے اس امر کا پتہ چلتا ہے کہ جب شکم میں ماساریقا کی دائیں جانب پر انصباب پیدا ہوتا ہے تو سیال پہلے دائیں حرقفی حفرہ کا رخ کرتا ہے اور جب یہ اسکی بائیں جانب پر پیدا ہوتا ہے تو پہلے تھوڑی سی جاتا ہے۔

ماساریقا کا طول عمود شوکی سے لیکر امعاء تک اسکے مختلف حصوں میں مختلف ہوتا ہے۔
 اوسط طول ۸ انچ ہوتا ہے۔ اسکا طویل ترین حصہ وہ ہے جو امعاء کی ان گنڈلیوں کو جاتا ہے جو
 اثنا عشری سے ۶ فٹ کے فاصلہ سے لیکر ۱۱ فٹ کے فاصلہ کے اندر اندر واقع ہوتی ہیں۔ (ٹریويز
 Treves) لہذا یہ گنڈلیاں امعاء کے ۵ فٹ پر مشتمل ہوتی ہیں اور یہاں ماساریقا کا طول ۱۰ انچ
 تک پہنچ جاتا ہے۔ یہ گنڈلیاں ہمیشہ حوض میں رہتی ہیں اور باسانی مفتوح ہو جاتی ہیں۔ اگر کسی بالغ
 کے نازہ جسم کو جس میں احشاء اور باریلون لمبی ہو کھولا جائے تو معائے صغیر کے جنبہ کا فخذ قنال
 (جو مصنوعی طور پر کلاں کر لی گئی ہو) میں سے کھینچ کر ان میں لے آنا یا اربی قنال میں سے کھینچ کر صفن
 میں لے آنا نامکن ہوتا ہے۔ اور یہ ایک حقیقت ہے کہ شکم کے کسی حصہ میں سے کوئی بھی گنڈلی اُس
 افقی خط کے نیچے جو عظم عانہ کے ٹوکہ کے لیول پر کھینچا گیا ہو شکم میں سے باہر نہیں کھینچی جاسکتی۔
 لہذا یہ طرہ ہے کہ فخذی اور صفنی فتق میں ماساریقا لازمی طور پر یا تو منطول ہو جاتی ہے اور یا اسکی
 چسپیدگی نیچے آ جاتی ہے۔

ماساریقا میں بعض اوقات کچھ سوراخ بھی پائے جاتے ہیں جن میں معاصنوق ہو چکی ہے۔
 ان سوراخوں میں سے بعض اور خاص کر وہ جو درزوں کی طرح کے ہوتے ہیں تفر سے پیدا ہوتے ہیں۔
 اور بعض دباؤ کی وجہ سے ماساریقا کے منجذب ہو جانے سے یا اسکے کسی غلطي نقص سے پیدا ہوتے ہیں۔
 ماساریقا کی غیر مکمل چسپیدگیوں کے واقعات کا اندراج اکثر کیا جا چکا ہے۔ لہذا یہ
 چسپیدگی فوقانی ماساریقی (superior mesenteric) شریان کی ابتدا پر ہوتی ہے اور اس
 مقام سے جنبی زندگی کے دوران میں باریلونی انضمام یا تنبیت کا ایک عمل پھیل کر دائیں حرقی
 حفرہ تک چلا جاتا ہے۔ اگر یہ عمل مکمل طور پر بند ہو جائے تو تمام معافوقانی ماساریقی شریان کے گرد
 گھوم جاتی ہے، جس سے رودہ کا تسد پیدا ہو جاتا ہے اور اگر ماساریقا کا صرف یوین حصہ ہی چسپید
 رہے تو لفافہ (ileum) کے یوین اور معائے کبیر کے ابتدائی حصہ میں گردش واقع ہو جاتی ہے۔
 جس سے تسد پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ باریلونی انضمامات یا بندوں کی

لے دیکھو آدمی کی معوی قنال اور اسکے باریلون کی تشبیح (The Anatomy of the Intestinal Canal)

and Peritoneum in Man - لندن ۱۸۸۷ء

دو قسمیں ہوتی ہیں۔ ایک وہ جو جنینی زندگی کے دوران میں پیدا ہوتے ہیں جبکہ ماسا ریتقا اور امعاء کی چسپیدگی شکم کی موخر دیوار سے جاری ہوتی ہے (نموی انفصامات) اور ایک وہ جو آئندہ زندگی میں مرض کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں (امراضیاتی انفصامات)۔

باریطونی فضا میں اور ربطات۔ باریطون کی ترتیب کی وجہ سے کہنہ شکم متعدد

بالقوہ فضاؤں پر منقسم ہے جو بعض معین ربطوں یا راستوں کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے ملی ہوئی ہیں۔ جو غذائی مشمولات یا پیپ یا خون باریطونی کہنہ میں بہ آتے ہیں انکا رجحان ان فضاؤں میں سے بعض میں جمع ہو جانے اور انکے بھرنے کے بعد قرب و جوار کی فضاؤں کی طرف ان سمتوں میں جھکی وضاحت: بخوبی کیجا چکی ہے چلے جانے کی طرف ہوتا ہے۔ بعض بولفین کو باریطون کی اس ترتیب اور ایک ٹک کی پن ڈھالوں (watersheds) میں ایک مشابہت نظر آتی ہے۔ اسلئے ان بالقوہ فضاؤں اور راستوں کو بعض اوقات "باریطون کی پن ڈھالوں" کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ انہیں سے بڑی بڑی فضا میں ہیں۔ (۱) "ناچہ صغیر" (lesser sac)۔ یہ ناچہ و نسلو (Winslow) کے سوراخ کے ذریعہ سے (۲) زیر جگر کی فضا (subhepatic space) سے ربط رکھتا ہے۔ یہ فضا اوپر کی طرف جگر کی زیرین سطح اور نیچے کی طرف اثنا عشری اور قولون کے کبیدی عوج (hepatic flexure) اور مستعرض ماسا ریتقائے قولون اور دائیں گردہ اور دائیں ضلعی قولونی رباط سے محدود ہوتی ہے (فصل ۹۳)۔ (۳) دائیں زیر ڈایا فرامی فضا (right subphrenic space) جو ڈایا فرام اور جگر کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ خط وسطی کی طرف درانتی شکل (falciform) اور اگلیلی (coronary) ربطات سے محدود ہوتی ہے۔ اور نیچے کی طرف یہ زیر جگر کی فضا میں کھلتی ہے۔ (۴) بائیں زیر ڈایا فرامی فضا (left subphrenic space) اوپر کی طرف ڈایا فرام اور نیچے کی طرف جگر کے بائیں نختہ اور معدہ کے درمیان ہوتی ہے۔ اپنی متناظر دائیں فضا سے یہ درانتی شکل رباط کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتی ہے۔ نیچے کی طرف یہ (۵) گرد محالی فضا (perisplenic space) سے ربط رکھتی ہے۔ یہ فضا نیچے کی طرف طالی عوج (splenic flexure) اور اسکی ماسا ریتقا اور بائیں ضلعی قولونی رباط اور بائیں گردے سے محدود ہوتی ہے۔ یہ پانچ فضا میں شکم کے فوق ثربی خطہ (supra-omental region) میں واقع ہوتی ہیں۔ اور مستعرض ماسا ریتقائے قولون سے

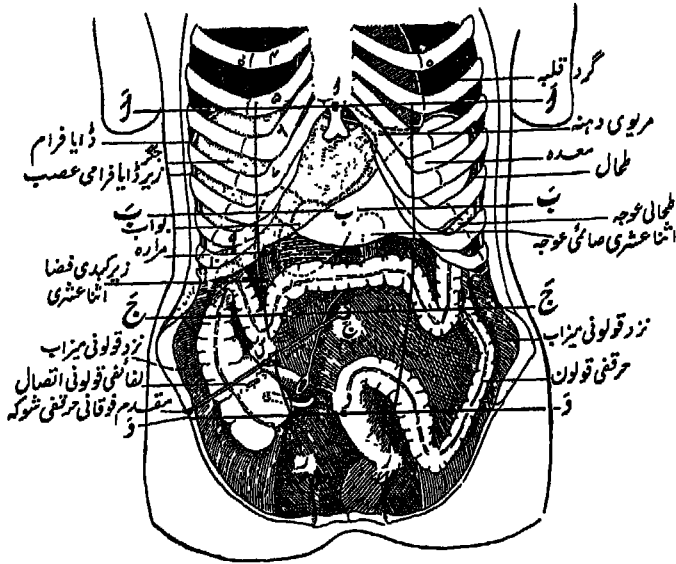
اور ہوتی ہیں مستعرض ماساریقائے قولون (transverse mesocolon) کے نیچے دو فضائیں ہوتی ہیں جن میں طبعی حالتوں میں معائے صغیر موجود ہوتی ہے۔ ان میں سے ایک (۶) دائیں تختانی ثربی (right infra-omental) ہے جو اوپر کی جانب مستعرض ماساریقائے قولون سے اور نیچے کی اور بائیں طرف اثنا عشری صامی اتصال (duodeno-jejunal junction) اور ماساریقا کی جڑ سے محدود ہوتی ہے۔ اور ایک (۷) بائیں تختانی ثربی (left infra-omental) ہے جو اوپر کی طرف مستعرض ماساریقائے قولون سے محدود ہوتی ہے اور دائیں فضا سے یہ اثنا عشری صامی اتصال اور معائے صغیر کی ماساریقا سے ملحدہ ہوتی ہے۔ (۸) ایک فضا جو باقی رہ گئی ہے حوض میں واقع ہوتی ہے یہ حوضوں میں مستقیم رجھی (recto-uterine) اور مردوں میں مستقیم متانی (recto-vesical) کہلاتی ہے۔ فوقانی اور تحتانی فضاؤں کے درمیان صرف مستعرض ماساریقائے قولون کے دونوں سروں پر ہی ربط پائے جاتے ہیں۔

ریر کبدی فضاؤں کے پیش بہاؤ کا میلان نیچے کو اس میز اب کی طرف ہوتا ہے جو قولون مسعودی کی باہر کجانب کو ہوتا ہے (دایاں خارجی نزد قولونی میز اب right external paracolic groove: یہ پیش بہاؤ اس میز اب میں سے حوضی حفرہ میں پہنچ جاتا ہے اور حوضی حفرہ میں سے یہ حوضی فضا میں چلا جاتا ہے۔ حوض میں سے یہ بعض اوقات بائیں تختانی ثربی جیب کی طرف اوپر چڑھ جاتا ہے اور وہاں سے سیال مادہ بائیں خارجی نزد قولونی میز اب کی طرف جاسکتا ہے اور یہاں سے ہوتا ہوا گردطالی فضا میں پہنچ سکتا ہے۔ اس بیان میں برنارڈ (Barnard) والیس (Wallace) ہاکس (Box) جینکنس (Jenkins) اور نیارڈ سمتھ (Maynard Smith) کی تصانیف کی متابعت کی گئی ہے۔

شکلی احتشاء کی سطحی نشاندہی - شکل ۹۳ میں اوسط آدمی میں احتشاء کا طبعی محل دکھایا گیا ہے اور شکل ۹۴ احتشاء کی اس وضع کو ظاہر کرتی ہے جو وہ استرخائے احتشاء (visceroptosis) (گلکینارڈ کے مرض: Glenard's disease) کی بہت نمایاں حالت میں اختیار کر لیتے ہیں۔ اس قسم کی حالتوں کا خاصکر لاشعا عوں کی مدد سے مطالعہ کرنے سے یہ معلوم

ہوتا ہے کہ شکلی مشمولات کے طبعی محل کو ظاہر کرنے کے لئے ایک صحیح اور سادہ طریقہ کی بڑی ضرورت ہے۔ احشاک کی بالائی حد قفسی سیفی (sterno-ensiform) (قفسی تنجری: sterno-xiphoid) نقطہ اور خط سے بہترین طور پر ظاہر کیا جاسکتی ہے۔ قفسی سیفی نقطہ (sterno-ensiform point) کا محل عضلی غضروفوں کے راتوں جوڑ کے منتہی کے نیچے ایک نمایاں انخفاض سے ظاہر ہوتا ہے۔ قفسی سیفی خط اس نقطہ پر سے جسم پر مستعرضاً کھینچا جاتا ہے اور اگر صدر طبعی شکل کا ہو تو اسے عضلی غضروفوں کے

424



شکل ۹۳ شکلی احشاء کے اوسط محل وقوع کو معدہ انکے سطحی نشانات کے ظاہر کرتی ہے۔

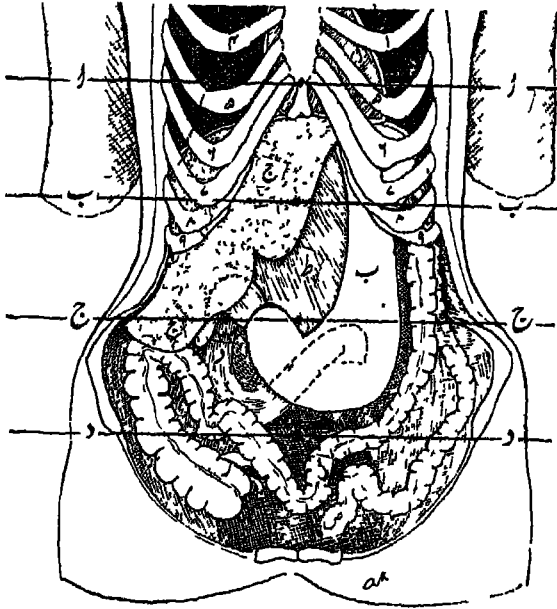
(ایڈیسن : Addison کے مطابق)۔

۱۔ قفسی سیفی نقطہ۔ ۲۔ قفسی سیفی خط۔ ۳۔ ب۔ وسطی برآمدی نقطہ۔ ۴۔ ب۔ وسطی برآمدی یا عوجہ البواب خط۔ ۵۔ ج۔ رکتی نقطہ۔ ۶۔ ج۔ رکتی خط۔ ۷۔ وسطی زیر برآمدی نقطہ۔ ۸۔ د۔ وسطی زیر برآمدی خط۔ ۹۔ س۔ دائیں اور بائیں عضلات شقیہ لٹنیہ کا بیرونی کنارہ۔ ۱۰۔ نقطہ منرو۔ عضلہ مستقیم لٹنیہ کے بیرونی کنارہ پر دائیں شوکی سری خط پر۔

پانچویں جوڑ پر سے گزرنا چاہیئے۔ ڈایا فرام کا دایاں گنبد کھڑے ہونے کی حالت میں اس خط تک پہنچتا ہے

بایاں گنبد اس سے تقریباً ۱/۲ انچ نیچا ہوتا ہے۔ جت لیٹنے کی حالت میں یہ گنبد نصف انچ اور اوپر کو چلا جاتا ہے۔ مرکزی و قصبی سیفی نقطہ سے ۱/۲ انچ نیچے ہوتا ہے۔ استرخائے احشاء میں ڈایا فرام کے گنبد اور ان کے اندر کے احشاء نیچے اتر جاتے ہیں حتیٰ کہ یہ اپنے محلات سے ۱/۲ انچ یا اس سے زائد فاصلہ پر واقع ہوتے ہیں (شکل ۹۴)۔ وسطی برمعدی (mid-epigastric) نقطہ خط ایفیس پرنسری او

425



شکل ۹۴ احشاء کے محل کو استرخائے احشاء کی حالت میں ظاہر کرتی ہے۔

اولیٰ قصبی سیفی خط۔ یہ پانچویں ضلعی غضروف سے اوپر اور پرگزرتا ہے۔ ب۔ ب۔ وسطی برمعدی خط۔ ج۔ ج۔ سسری خط۔
 ۵۵۔ وسطی زیرمعدی خط۔ و۔ گرد قلب۔ ب۔ معدہ (جو بہت ہی متغیّر اور متغیّر ہے)۔ ج۔ جگر۔ ۵۔ اثنا عشری۔
 ۵۸۔ احوار۔ من سے تعرض قولون۔ ص۔ معائستہ تقیم۔ ط۔ متغیّر معدی کبدی ثرب۔

قصبی سسری نقطوں کے عین درمیان مقرر کیا جاتا ہے۔ وسطی برمعدی خط (mid-epigastric line)

(ایڈیسن کا علی البواب تھی) جسم پر سے اس نقطہ کو کاٹنا ہوا گذرتا ہے۔ یہ یو اب اور لیلہ اور اثنا عشر کی ابتدا اور اسکے اعتقاد کے لیول کو ظاہر کرتا ہے۔ استرخائے احشاء میں یہ احشاء نیچے کی طرف اترتے اترتے خط شری تک پہنچ جاتے ہیں (شکل ۹۲)۔ سری خط (umbilical line) ناف پر سے کھینچا جاتا ہے اور یہ عام طور پر حرقی عرفوں کے بلند ترین مقامات کے ذریعے سے گذرتا ہے مستعرض قولون اور اثنا عشری شکم کو اس خط سے اوپر اور عبور کرتے ہیں اور ط کی تقسیم اسکے نیچے ہوتی ہے۔ استرخائے احشاء میں مستعرض قولون معدہ کا بوابی حصہ اور اثنا عشری خط شری سے کافی نیچے اتر آتے ہیں (شکل ۹۲)۔ وسطی زیر معدی نقطہ (mid-hypogastric point) خط ناف پر ناف اور ارتفاق عاز کے عین وسط پر مقرر کیا جاتا ہے۔ یہ عجز کے لطف (promontory) سے تقریباً ۱۲ انچ نیچے ہوتا ہے۔ وسطی زیر معدی خط (mid-hypogastric line) بائیں بن ران میں حرقی قولون کو اور دائیں بن ران میں اعور کے قعر کو عبور کرتا ہے۔ عضلہ مستقیمہ بطنیہ کا بیرونی کنارہ (خط ہلالی: linea semilunaris) بھی مفید رہنما کا کام دیتا ہے۔ جس مقام پر یہ دائیں جانب پر ضلعی حاشیہ کو کاٹتا ہے (دایاں ضلعی مستقیمہ نقطہ) وہاں مرارہ واقع ہوتا ہے۔ بائیں جانب پر معدہ کا انحنائے کبیر زیر معدہ میں سے اس نقطہ پر باہر آجاتا ہے (شکل ۹۳)۔ اگر ناف سے لیکر دائیں مقدم فوقانی حرقی شکم تک ایک خط کھینچا جائے (شوکلی فٹری خط - spino-umbilical line) تو یہ حرقی اعوری خط کے لئے مفید رہنما کا کام دیتا ہے۔ نقطہ منزو (Monro's point) اسی خط پر عضلہ مستقیمہ بطنیہ کے بیرونی کنارہ پر واقع ہوتا ہے۔ لفافنی اعوری سورخ نقطہ منزو (Monro) کی دائیں طرف شوکی سری خط کے عین نیچے واقع ہوتا ہے۔ معائے کبیر کی بعض عام امراضیاتی حالتوں میں اور جردوی یا مکمل استرخائے احشاء کے تمام واقعات میں لفافنی اعوری اتصال حوص کی لگر کی طرف ٹل جاتا ہے۔

احشاء اپنے اپنے محل پر شکم کی عضلی دیواروں کے فعل اور باریطیونی چینیہ گیوں

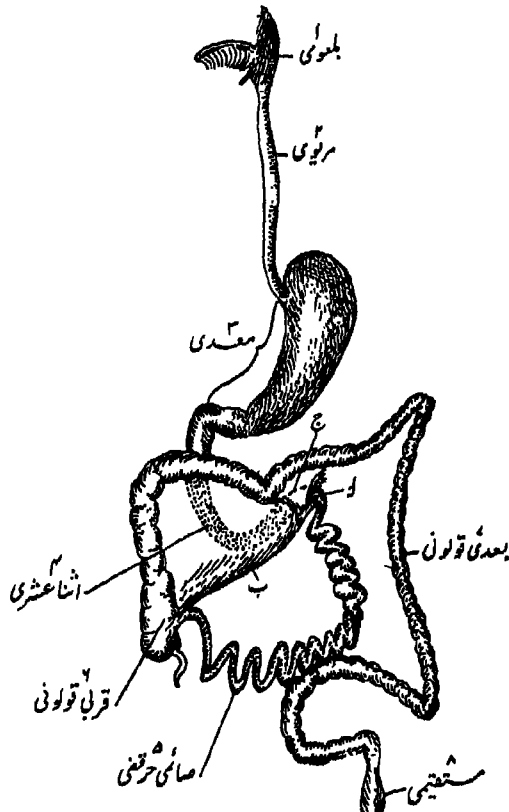
اور عرق پانچوں کے ذریعہ برقرار رہتے ہیں۔ مگر ان ساختوں میں سے اہم ترین ساختیں عضلات ہیں۔ عضلات موربہ خارجہ و داخلہ، عضلہ مستعرضہ، عضلہ مستقیمہ بطنیہ (rectus abdominis) ڈایا فرام اور عضلہ رافع مبرز (levator ani)۔ یہ اپنے انقباض یا انش سے احشاء کو ایک دوسرے پر

دبا ئے رکھتے ہیں۔ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں اوپر کے احتشاء کا وزن نیچے کے احتشاء پر پڑتا ہے اور چت لیٹنے کے بعد سیدھا کھڑے ہو جانے پر زندہ جسم میں اوپر کے احتشاء اور ڈایا فرام (لاشعاع کی مدد سے) ۱/۲ انچ یا اس سے زائد نیچے اترتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ جب شکم کے عضلات اور اسکی دیواروں کو کاٹ کر مردہ کو سیدھا کھڑا کر دیا جاتا ہے تو تمام احتشاء ۲ انچ یا اس سے زائد نیچے گر جاتے ہیں۔ باریطونی رباہات، انکاسات، خروب اور ساریقیائیں صرف درجہ حرکت ہی کو محدود کرتی ہیں۔ احتشاء آزادانہ طور پر حرکت پذیر ہوتے ہیں تاکہ ڈایا فرام کا وسیع تنفسی فعل واقع ہو سکے۔ باریطونی سہاروں کے علاوہ احتشاء کے دوسرے سہارے بھی ہیں جو عروق اور انکے اتصالی بافت کے غلافات سے بنتے ہیں۔ مثلاً جگر کی چسپیدگی ڈایا فرام سے تختانی وریڈ (inferior vena cava) کے ذریعہ سے، اور گردوں اور معائے صفیر کی کوخر دیوار شکم سے انکے اپنے اپنے عروق کے ذریعہ سے۔ جب دیوار شکم کے عضلات کا فعل معطل ہو جاتا ہے تو صرف اس وقت ہی باریطونی اور عرقی سہاروں پر کچھ نہ کچھ باریا وزن پڑتا ہے۔

غذائی خطہ کا میرکانیسم نقل۔ یہ امر ہرگز فراموش نہ کرنا چاہئے کہ زندہ غذائی

غذا کو منہ سے لیکر مریز تک، ایک پیچدار راستہ میں سے جسکا طول اوسط درجہ کے بالغ آدمی میں تقریباً ۲۹ فٹ ہوتا ہے، منتقل کرنے کا ایک میرکانیسم ہے۔ اس خط میں غذا کے داخل ہونے کے وقت سے فضلہ کے خارج ہونے تک اسکا عضلی نظام (طولانی اور مدور طبقات) غذا پر اپنے تصرفات کرتا رہتا ہے اور اسے منضبط رکھتا ہے، اور نیز اسے آگے کی طرف کو دھکیلتا ہے۔ معین الاوقات افعال کا ایک پیچیدہ سلسلہ غذا کو اس خطہ کے ایک حصہ سے دوسرے حصہ میں بزور دھکیل کر لیجاتا ہے جن میں سے ہر ایک میں ہضم اور جذب کے بعض اعمال سرانجام پاتے ہیں۔ یہ بالکل ظاہر ہے کہ ایسے کثیر الازدحام شارع پر باقاعدہ نقل و حمل کے لئے ایک ایسا اعلیٰ و اکمل اشارتی اندادی نظام (signal block system) ہونا چاہئے جیسا کہ ہم روزانہ ریل کے محکمہ نقل و حمل میں دیکھتے ہیں۔ جب ہم غذائی خطہ کی اس قسم کی تصویر پر نظر ڈالتے ہیں جیسی کہ صفحہ 428 (شکل ۹۵) پر دیکھی ہے تو ہمیں یہ دکھائی دیتا ہے کہ یہ خطہ چند حصوں میں منقسم ہے۔ ہر ایک حصہ اپنے بعد کے حصہ سے عاصری نقطہ یا خط سے علیحدہ ہے۔ سب سے پہلا تقریباً ۱۰ انچ لمبا مریوی حصہ ہے، اور بلعومی خطہ سے یہ زیریں بلعومی

یا بالائی مریوی عاصرو علیحدہ ہے اور معدی حصہ سے یہ زیرین مریوی یا قلبی عاصرو سے علیحدہ ہے۔ ان عاصری نقاط میں سے ہر ایک پر غذا عارضی طور پر ٹھہر جاتی ہے اور اس کا نقل منظم ہو جاتا ہے۔



نیکل ۹۵ غذائی خطہ کے حصوں اور عاصری نقاط کو ظاہر کرتی ہے (مؤخر الذکر سرخ بنائے گئے ہیں)۔

ا۔ ج۔ ج۔ باریلوئی مشکن جن میں سے تائیتی اور اثناعشری عصبی ریشے گزر کر خطہ کے اہم مقامات کو جاتے ہیں۔

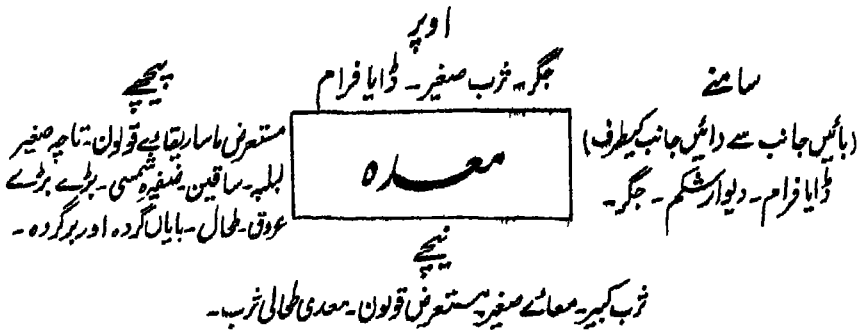
معدی حصہ قلبی عاصرو سے لیکر بوابی عاصرو تک پھیلا ہوا ہے۔ یہ خاصہ ہمیشہ اختلاف پذیر ہوتا ہے مگر اسکا طول اوسطاً ۴ تا ۶ انچ تک بیان کیا جاسکتا ہے۔ بوابی عاصرو غذا کو طحیر لیتا ہے اور اس کے گزریں باقی ماندگی پیدا کرتا ہے۔ اسکے بعد اثنا عشری حصہ ہے جو ۱۰ یا ۱۲ انچ لمبا ہے۔ لاشعاعو سے شہادت کرنے پر اثنا عشری کے تیسرے یا آخری حصہ میں ایک اثنا عشری عاصری میکا نیہ ظاہر ہوتا ہے جو بعض امراضیاتی کیفیتوں میں خاص طور پر فعال ہوتا ہے۔ اسکے بعد اب طویل لفاغنی صافی (ileo-jejunal) خطہ آتا ہے جو ڈیسیلی حالت میں ۲۵ فٹ لمبا ہوتا ہے اور تھوڑے ہی عرصہ بعد منقبض ہو کر صرف ۵ فٹ ہی رہ جاتا ہے۔ یہ حصہ لفاغنی اعجوری عاصرو (ileo-caecal sphincter) پر ختم ہو جاتا ہے جو صائی کے مشمولات کے گذر کو ہوا عاصرو کی طرف ہوتا ہے منظم بناتا ہے۔ اسکے بعد قریبی قولونی حصہ آتا ہے جس میں اعجور، زائدہ، قولون صعودی اور قولون مستعرض کا قریبی ثلث شامل ہیں۔ جہاں پر ایک عاصری میکا نیہ ہوتا ہے۔ پھر وسطی قولونی خطہ (mid-colic tract) ہے جو قولونی مشمولات کے قولون کے قریبی حصہ میں سے بعدی حصہ میں گذرنے کو منظم بناتا ہے۔ بعدی قولونی خطہ جو تقریباً ۳ فٹ لمبا ہوتا ہے اور قریبی خطہ کے دو چند طول سے زیادہ ہوتا ہے مستقیم قولونی عاصری خطہ (recto-colic sphincteric tract) پر عوضی قولون اور معائے ستقیم کے مقام اتصال پر ختم ہو جاتا ہے۔ معائے ستقیم جو تقریباً ۸ انچ لمبی ہوتی ہے اندرونی عاصرو پر ختم ہو جاتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ ایک حصہ میں تاخیر واقع ہونے سے دوسرے حصوں کے فعل میں خلل آجانا چاہئے اور ایسا ہی پایا گیا ہے۔

ان حصوں میں سے ہر ایک کے عضلی نظام میں عضلہ قلب کی طرح متوازن انقباض کی ایک فطری قوت پیدا ہوتی ہے۔ ہر ایک حصہ کی رفتار انقباض اپنی اپنی ہوتی ہے اور یہ سب ہوتی ہے۔ معدہ کی ۶ تا ۸ فی منٹ ہے۔ انقباض کی موجیں آہستہ آہستہ تقریباً فی سکینڈ انچ کی رفتار سے آگے بڑھتی ہیں۔ انقباض کی موجیں جیسا کہ قلب میں ہوتا ہے سب سے زیادہ تحریک پذیر مقامات پر شروع ہوتی ہیں۔ سب سے زیادہ تحریک پذیر نقاط ہمیشہ قطعہ کے قریبی سرے پر واقع ہوتے ہیں اور اس کے نیچے کے حصوں میں تحریک پذیری کم ہوتی جاتی ہے۔ اس لئے موجیں طبعی طور پر بزرگی طرف کو جاتی ہیں، سوائے وسطی قولونی عاصری خطہ (mid-colic sphincteric tract) کے جہاں محرکات دودھ کے خلاف اعجور کی طرف کو جانی والی موجیں

پیدا ہو سکتی ہیں اور پیدا ہو بھی جاتی ہیں۔ ضد حرکت دودی غیر طبعی حالتوں میں ہر ایک حصہ کے ہر ایک مقام میں اس مقام کی تحریک پذیری کو زیادہ کرنے سے پیدا کی جاسکتی ہے۔

یہ بالکل لامرہہ کہ کوئی ایسا مکانیہ ضرور موجود ہے جو ہمیشہ کام کرتا رہتا ہے اور مختلف قطعات کے افعال کو منظم اور منسق رکھتا ہے۔ مثال کے طور پر ہمیں یہ معلوم ہے کہ جب معدی حصہ کھانا کھانے کے بعد کام کرنے لگتا ہے تو ساتھ ہی لفائفی کے بعدی حصہ کا فعل بھی شروع ہو جاتا ہے اور ہمیں اس امر کا علم بھی ہے کہ جب اچھوڑنا اُتد یا قریبی قولون کا کوئی مرض موجود ہوتا ہے تو لفائفی احوالی عاصرو کے انقباض کی وجہ سے لفائفی کے زیرین حصہ میں رکود واقع ہو جاتا ہے اور معدی اور اثناعشر حصوں کا فعل مختل اور سست ہو جاتا ہے۔ ایسے نتائج ان تمام اعصاب کو جو نخرع متغیل اور جل شوکی سے نکلتے ہیں۔ اعصاب تائیلہری مشاہکی اور حوضی اعصاب۔ کاٹنے کے بعد بھجرتہ محال کئے جاسکتے ہیں۔ یہ تعلات مرکز میکانیہ سے نہیں بلکہ محیطی میکانیہ سے پیدا ہوتے ہیں جو محیطی عصبی فیفیروں اور نیزانکے متعلقہ فیفیروں اور بالخصوص عضلی معوی (myenteric) (آر باکسٹ کے Auerbach's) فیفیروں میں موجود ہوتا ہے۔ یہ فیفیرو اس خطہ کے بیرونی یا طیلائی اور اندرونی یا مدور طبقات کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ ہم یہ جانتے ہیں کہ مرکزی عصبی نظام اس خطہ کے حرکی نظام پر تائمتی مشارکی اور حوضی برادریشوں کے ذریعہ سے اثر ڈال سکتا ہے اور ڈالتا بھی ہے لیکن انہی یہ قوت بلا واسطہ عمل میں نہیں آتی بلکہ اس محیطی نظام کے واسطے سے عمل میں آتی ہے جو اس خطہ کی دیوار میں واقع ہوتا ہے۔ ان عمومی اصولوں کو مستقلاً ذہن نشین رکھنے کے بعد اب ہم مختلف ساختوں پر زیادہ صحیح تشریحی معنوں میں بحث کر سکتے ہیں جو زیادہ مفید ثابت ہوگی۔

معدہ۔ اس عضو کے تعلقات مندرجہ ذیل ہیں:-



معدہ پیچے کی طرف باریطون کے تاجہ صغیر پہنچن ہوتا ہے جو اس کے لئے ایک درجہ کا کام دیتا ہے۔ معدی قروح تاجہ صغیر کو شاذ و نادر ہی منقبت کرتے ہیں اور جب کبھی ایسا ہوتا ہے تو معدہ کے شمولات صرف سوراخ وینسلو (foramen of Winslow) ہی میں سے باہر نکل سکتے ہیں اور شکم کے کھولنے پر ممکن ہے کہ دکھائی نہ دیں۔ یہ تاجہ ثرب کبیر ہر معدے کے انحنائے کبیر پر مخلاف دینے سے کھولا جاتا ہے۔

معدہ کے دونوں سرے اس کے مثبت ترین مقامات ہوتے ہیں۔ قلبی سرا ڈایا فرام سے مری، ڈیسیلی گرد مریوی بافت اور باریطون کے معدی ڈایا فرامی انوکھاسات کے ذریعہ سے ڈھیٹے طور پر مثبت ہوتا ہے۔ بوابی سرا جگر اور موضوع دیوار شکم سے معدی ڈایا فرامی ثرب اور شکمی محور (ceeliac axis) کی کبدی شاخ اور اس عرق کے ارد گرد کی بافت سے مثبت ہوتا ہے۔ معدہ کو ڈایا فرام اور صدری احتشاء سے جو قوی تعلقی ہے اس سے سانس پھولنے اور ممکن الوقوع اختلاج قلب وغیرہ کی بھی جو بعض اوقات اس عضو کے تمدد سے پیدا ہو جاتا ہے کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے (شکل ۹۳)۔ اس واقعہ سے قلب کا معدہ سے بہت قریب ہونا ظاہر ہوتا ہے۔ پروٹس سپائیٹوزا (Prunus spinosa) کا ایک پانچ لمبا کاٹا مکمل لیا گیا تھا اور یہ بعد کو ڈایا فرام اور گرد قلب میں سے گزر کر دائیں بلیٹن کی دیوار اور اس کے کھٹ میں پہنچ گیا تھا۔

مری ڈایا فرام کو خط وسطی کے ذرا بائیں جانب پر منقبت کرتی ہے اور معدہ کے قلبی دمنہ پر بائیں ساتویں منسلکی غصروف کے انتہائی ایک انچ سے ۳ تا ۴ انچ کی گہرائی پر ختم ہو جاتی ہے۔ بوابی دمنہ (pyloric orifice) جو سوائے اس وقت کے جب کہ معدہ کے شمولات اشتناعی میں جاتے ہیں مستقل طور پر بند رہتا ہے مردہ جسم میں وسطی بر معدی ستوی پر اور خط ابیض سے تقریباً ۱ انچ دائیں طرف واقع ہوتا ہے۔ مگر زندہ اجسام میں اور خاص کر کھڑے ہونے کی حالت میں اس کا محل اور نیچے ہوتا ہے اور یہ خط ابیض کی ذرا دائیں جانب پر اور ناف سے تقریباً ۲ انچ اوپر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹۴)۔ چونکہ بواب جگر کے مربع لختہ (quadrate lobe) کے نیچے واقع ہوتا ہے اور مستعرض شتقاق (transverse fissure) (باب: porta) سے معدی کبدی ثرب کے ذریعہ سے بستہ ہوتا ہے اس لئے یہ جگر کی کلانی اور اس کی غیر وضیعت سے اپنے محل سے لازمی طور پر ٹٹل جاتا ہے۔ استرخائے اشتناع (visceroptosis) میں یہ بعض اوقات تری خط تک نیچے اتر جاتا ہے (شکل ۹۴)۔

انحنائے صغیر طبعی طور پر جگر سے متراکب ہوتا ہے۔ اور معدی کبدی ثرب پوشیدہ ہوتا ہے (شکل ۹۳)۔ مگر جب معدہ تسع یا متطول ہو جاتا ہے یا نیچے اتر جاتا ہے تو انحنائے صغیر اور معدی کبدی ثرب معاً ہو جاتے ہیں (شکل ۹۴)۔ اگر قلبی دہنہ کے محل سے (جو ساتویں بائیں ضلعی غضروف پر قص سے ایلچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے) بواب کے محل تک (جو بر معدی نقطہ اور دائیں ضلعی حاشیہ کے عین درمیان واقع ہوتا ہے) ایک خمیدہ خط کھینچا جائے تو یہ انحنائے صغیر کے طبعی محل کو ظاہر کرے گا۔ انحنائے صغیر اگرچہ معدی کبدی ثرب کی چسپیدگی کی وجہ سے مقابلہ مثبت ہوتا ہے مگر انحنائے کبیر آزدانہ طور پر حرکت پذیر ہوتا ہے۔ اسکا محل معدہ کے پُر یا خالی یا متقبض یا مرنخی ہونے کے لحاظ سے بدلتا رہتا ہے۔ انحنائے کبیر کا اختلاف پذیر محل جیسا کہ زندہ موضوع میں دکھائی دیتا ہے ہرسٹ (Hurst) کے مشاہدات کے مطابق شکل ۹۶ میں دکھایا گیا ہے۔ جب مریض کھڑا ہوتا ہے تو انحنائے کبیر ناف تک یا اس کے نیچے اترتا ہے اور لیٹنے کی حالت میں انحنائے کبیر ناف سے ایک انچ اور اس سے زیادہ اوپر ہوتا ہے۔ معدہ کے سادہ اتساع سے انحنائے کبیر نیچے چلا جاتا ہے اور انحنائے صغیر کے محل میں تبدیلی واقع نہیں ہوتی۔ استرخائے معدہ میں دونوں انحنائے اتر جاتے ہیں۔ مگر اتساع کے ہمیشہ موجود ہونے کی وجہ سے انحنائے کبیر زیادہ نیچے چلا جاتا ہے (شکل ۹۴)۔

433

استرخا (ptosis) میں انحنائوں کی وضع زیادہ انتصابی ہو جاتی ہے (شکل ۹۴)۔ بوابی ضیق سے جو اقلع پیدا ہوتا ہے وہ بعض اوقات اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ معدہ عائد تک نیچے اتر آتا ہے۔

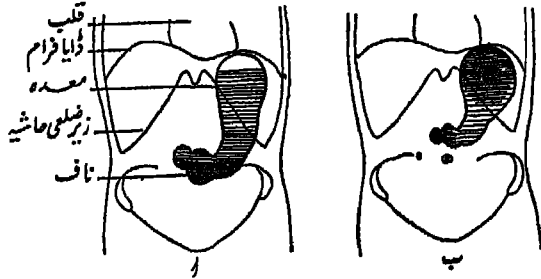
یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ تندرست آدمیوں میں بھی معدہ کی شکل اور اس کا محل دونوں مختلف ہوتے ہیں۔ ۶۰ نوجوان آدمیوں میں بھی جو تندرست تھے ڈاکٹر ایکن نیوٹن (Dr. Alan Newton) نے یہ معلوم کیا کہ ۱۹ میں انحنائے کبیر ناف کے بالقابل یا اس سے اوپر تھا اور ۴۱ میں یہ اس سے نیچے تھا اور بعض واقعات میں تو اس سے بہت ہی نیچے چلا گیا تھا۔ تندرست آدمیوں میں معدہ بعض اوقات بچوں کی طرح زیادہ حد تک بر معدی خط تک ہی محدود ہوتا ہے یا زیر حد خط تک بھی چلا جاتا ہے جیسا کہ معر اشخاص میں ہوتا ہے۔

بواب طبعی حالت میں بند رہتا ہے۔ اور کھلے ہونے کی حالت میں اس میں انگشت اشاریہ چلی جانی چاہئے۔ مگر اس کی تنگی کے باوجود بہت سے ایسے واقعات دیکھنے میں آئے ہیں جن میں بڑی بڑی چیزیں مثلاً پٹیل کا خول کھانے کا کاناٹا اور دروازہ کی چابی بھی اس میں سے گذر گئی ہیں۔ بوابی ضیق

بعض اوقات سن شیرخوارگی میں پایا جاتا ہے اور یہ ریٹھیٹ کے عملیہ (Rammstedt's operation) سے جس میں غشاء مخاطی کو ضرر پہنچانے کے بغیر عضلہ عاصروہ تقسیم کر دیا جاتا ہے رفع کیا جاسکتا ہے۔ تین ماہ کے طبعی بچہ میں عضلہ عاصروہ کی مدوریت بواب پر ۱ تا ۲ ملی میٹر ہوتی ہے۔ اور قنال بواب کے ساتھ یہ ۲۵ ملی میٹر (۱ انچ) تک جاتی ہے۔ اگر یہ دبازت ۳ ملی میٹر سے زائد ہو تو عاصروہ کو بیش پروردہ تصور کیا جاسکتا ہے (ایل میک کے: L. MacKey)۔ عاصروہ اس وقت طبعی طور پر ڈھیلا ہوجاتا ہے جبکہ معدہ سے خارج شدہ کیبوس کی تعدیل اثنا عشری میں ہو چکی ہے۔ اثنا عشری کی ترشی حالت عاصروہ کے ڈھیلا پن کو مانع آتی ہے۔

معدہ کی شکل کا انحصار بہت سی حالتوں پر ہے۔ یعنی اسکی فعلیاتی فعالیت کی حالت پر؛ گردونواح کے اعضا کے دباؤ پر؛ اور اسکی چڑی کے درجہ پر۔ زمانہ حیات میں اسکے قلبی اور بوابی حصے دوران ہضم میں اپنا اپنا فضل مختلف طور پر کرتے ہیں۔ قلبی حصہ میں جبکی وضع انتہائی ہوتی ہے

434



شکل ۹۶۔ مریض کے معدہ کا شعاع نگاری خاکہ جسکو بیروٹم دار غذا دی گئی ہے۔
(ہرسٹ: Hurst کے مطابق)

ا۔ کھڑے ہونے کی حالت میں۔ ب۔ افقی حالت میں۔

اور جو اس عضو کے دو تہائی حصہ پر مشتمل ہے زیادہ تر تنغشی (tonic) (انقباض واقع ہوتا ہے) اور

حرکی دودی القباض واقع نہیں ہوتا۔ بوابی حصہ میں جسکی شکل انبوی اور وضع انتصابی ہوتی ہے دوران ہضم میں حرکی دودی موجیں متواتر اٹھتی رہتی ہیں۔ یہ موجیں بوابی قسمت کے ساتھ ساتھ آٹھ عشری کی طرف تیزی سے جاتی ہیں اور جس مقام سے یہ شروع ہوتی ہیں وہ موت کے بعد اکثر منقبض پایا جاتا ہے اور اس مشاہدہ سے یہ خیال پیدا ہوا ہے کہ قلبی اور بوابی عاملت ایک وسطی معدی عاموسے علحدہ ہوتے ہیں۔ جب غذا نگل لی جاتی ہے تو یہ فوراً بوابی حصہ میں پہنچ جاتی ہے اور جب زیادہ غذا کھائی جاتی ہے تو معدہ کے دونوں حصے پُر ہو جاتے ہیں (Hurst اور بارکلے: Barclay) معدہ کے قعر میں جو ڈایا فرام کے بائیں گنبد میں واقع ہوتا ہے معدہ کی آرام کرنے کی اور فعال حالتوں میں ہمیشہ ہوا موجود ہوتی ہے۔ ہوا کی اس معدی گدی سے ڈایا فرام کا بایاں گنبد عین اسی طرح متمدد ہو جاتا ہے جس طرح کہ اسکا دایاں گنبد جگر کے انحداب سے اوپر اٹھا ہوتا ہے۔ ہوا کی معدی گدی ڈایا فرام کے طبعی فصل کے لئے لازمی ہے۔ ہوا کی مقدار دوران صحت میں منظم رہتی ہے اور مرضی حالتوں میں اس منظم میکانیہ کے تباہ ہو جانے کا اندیشہ ہوتا ہے اور تمدد پیدا ہو جاتا ہے۔ خالی ہونے پر معدہ یا تو حالت انقباض میں ہوتا ہے اور یا حال انکماش میں۔ اگر حالت القباض میں ہو تو بر معدہ کے کھولنے پر یہ بالعموم مستمرض قو لون سے پوشیدہ پایا جاتا ہے اور سامنے نظر نہیں آتا۔

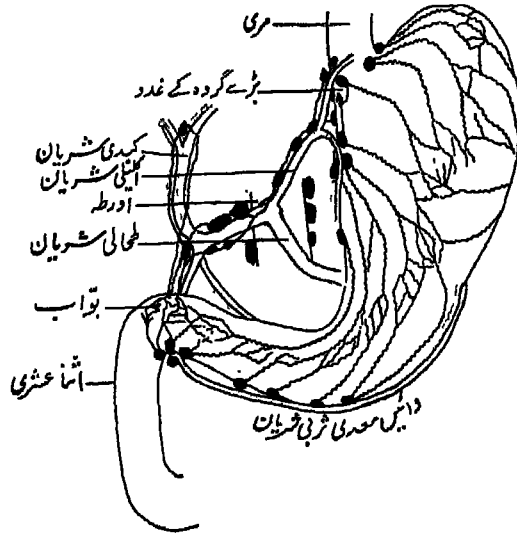
435

معدہ کے عروق لطف - معدہ میں عروق لطف کی رسد با فراط موجود ہوتی ہے

یہ مخاطی طبقہ میں سے شروع ہوتے ہیں اور زیر مخاطی اور عضلی طبقات میں ضغیرے بناتے ہیں جنہیں سے برآر عروق نکل کر ان غد میں چلے جاتے ہیں جو انحنائے صغیر و کبیر کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ ان عروق کے ذریعہ سے معدہ کے ابتدائی سرطان پھیلنے ہیں اور اسلئے ان کے تعلقات جراحاتی نقطہ نظر سے اہم ہیں۔ معدہ سے جو غد تعلق رکھتے ہیں انکی تقسیم شکل ۷۹ میں ظاہر ہوئی ہے۔ سب سے بڑا گردہ - اکیلیسی (coronary) - مریوی دہنہ کے قریب اور انحنائے صغیر کے ساتھ ساتھ واقع ہے۔ اس گردہ کے درآر عروق شکل ۷۹ میں ظاہر کئے گئے ہیں اور اس کے برآر عروق اکیلیسی (coronary) شریان کے ساتھ ساتھ فوق لبلی گردہ میں چلے جاتے ہیں۔ جو تاجیہ صغیر کے پیچھے اور اس مقام کے قریب ہی واقع ہوتا ہے جہاں ششکی محور (coeliac axis)

اور ط میں سے نکلتا ہے۔ زیر بوابی گروہ (subpyloric group) بواب کے نیچے اور اس کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ اس میں درآر عروق ان غدو سے جو انحنائے کبیر کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں (دائیں معدی ثربی) اور نیز بواب اور اثنا عشری سے آتے ہیں۔ اسکے برآر عروق کبدی (hepatic) ثریان کے ساتھ ساتھ فوق لیلپی گروہ (suprapancreatic group) میں جاتے ہیں اور بعض فوقانی ماساریتی (superior mesenteric) گروہ میں بھی ختم ہوتے ہیں

436



شکل ۹۷۔ لیمفی غدو کے وہ گروہ جو معدہ سے تعلق رکھتے ہیں۔ (پروفیسر جے کے جیمینسن : J.K. Jamieson اور مسٹر جے۔ ایف ڈوبسن : J.F. Dobson)۔

جو فوقانی ماساریتی ثریان کے منبع پر واقع ہوتا ہے زیر بوابی گروہ کے برآر عروق میں جگہ سے آنے والے عروق لیمف بھی ملتے ہیں (شکل ۹۷)۔ (جیمینسن : Jamieson اور ڈوبسن : Dobson)۔

معدہ کی رسد خون۔ چونکہ اب مرض کی وجہ سے بعض اوقات معدہ کے بڑے بڑے

جسے قطع کر دئے جاتے ہیں۔ اسلئے عروق کے محل کا اور انکے ان تعلقات کا جو باریطوی شکلوں کے ساتھ پائے جاتے ہیں صحیح صحیح علم ہونا ضروری ہے۔

اکلیلی (coronary) (بی۔ این۔ بائیں معدی شریان کی محور (coeliac axis) سے نکلتی ہے اور انحنائے صغیر کے قلبی سرے تک معدی کبدی ثرب کی بائیں کور میں سے ہوتی ہوئی پہنچتی ہے۔ نیچے کی اور آگے کی اور دائیں طرف کو مڑ کر یہ اس انحناء کے ساتھ ساتھ بے گزرتی ہے اور کبدی شریان کی بوابی (pyloric) (دائیں معدی) شاخ سے تفہم کرتی ہے جو انحناء صغیر تک معدی کبدی ثرب کی دونوں تہوں میں سے گزر کر پہنچتی ہے۔ اسلئے اس ثرب کے دائیں اور بائیں حاشیوں میں عروق ہوتے ہیں۔ گرد مہانی حصہ تقریباً بغیر خون کے ہوتا ہے اور تاجہ صغیر کو کھولنے کے لئے آسانی سے کاٹا جاسکتا ہے۔ انحنائے کبیر کو مندرجہ ذیل شریانیں رسد پہنچاتی ہیں۔ (۱) عروق قصیر (vasa-brevia) (انکی تعداد چار یا پانچ ہوتی ہے) جو یا تو طحالی شریان کے سرے سے یا اسکی انتہائی شاخوں میں سے کسی ایک سے نکلتے ہیں اور معدی طحالی رباط کے تہوں سے گزر کر انحناء کبیر کے بائیں سرے کو چلے جاتے ہیں۔ یہ مریوی (oesophageal) اور اکلیلی (coronary) شریان اور بائیں معدی ثربی (left gastric epiploic) شریانوں سے تفہم کرتے ہیں۔ (ج) بائیں معدی ثربی شریان طحالی شریان کے سامنے کی طرف سے اسکے سرے کے پاس سے نکلتی ہے اور معدی طحالی رباط میں سے ہو کر معدہ تک پہنچ جاتی ہے اور دائیں سے بائیں طرف تک انحنائے کبیر کے ساتھ ساتھ معدی قولونی رباط کے شکلوں میں سے بڑھتی چلی جاتی ہے۔ دائیں جانب پر معدہ کی دونوں سطحوں کو بہت سی شاخیں پہنچانے کے بعد جن پر سے یہ اسکے طویل محور سے مستعرضاً گذرتی ہیں یہ دائیں معدی ثربی شریانوں سے تفہم کرتی ہے۔ (ج) معدی اثنا عشری (gastro-duodenal) شریان کبدی سے اثنا عشری کے عین اوپر سے نکلتی ہے اور اس کے پہلے حصے کے پیچھے سے اور بلبہ کی گردن اور اثنا عشری کے درمیان سے ہو کر نیچے کی طرف کو چلی جاتی ہے اور فوقانی بلبی اثنا عشری (superior pancreatico-duodenal) اور دائیں معدی ثربی شاخوں میں تقسیم ہو کر اثنا عشری کے پہلے حصہ کے تیرین کنارہ پر ختم ہو جاتی ہے۔ موضحہ ذکر ایک بڑا عرق ہے جو معدی قولونی ثرب کے پرتوں میں سے گزر کر دائیں طرف سے بائیں طرف کو جاتا ہے اور معدہ کی دونوں دیواروں کو شاخیں پہنچاتا ہے جو ان پر سے

مستحقاً گذرتی ہیں اور یہ بائیں معدی ثربی شریان ^۱ اور کثیم ہو جاتا ہے۔
معدی علیہ جات میں زف کو قابو میں پانے کے سلسلہ میں اس امر کا ذکر کر دینا چاہیے
کہ وسطی قولونی شریان کو بے احتیاطی سے اس مقام پر جہاں یہ مستعرض ماساریقائے قولون میں
تاچہ صغیر کے پیچھے واقع ہوتی ہے ضرر پہنچ چکا ہے۔ اگر معدی کبدی اور معدی قولونی ثروب
میں سے تاچہ صغیر کو پہلے ہی کھول لیا جائے اور گانر کی ^۲ یا ہاتھ ٹھونس دیا جائے تو یہ حادثہ
وقوع میں نہیں آتا۔

معدہ کے زخم - معدہ کو تضریر پہنچنے کا نتیجہ اکثر حالتوں میں یہ ہوتا ہے کہ
موت جلد واقع ہو جاتی ہے۔ کیونکہ اس عضو کے مشمولات ^۳ ہاریطونی کہنے میں نکل آتے ہیں اور
حادثہ التهاب ہاریطون پیدا ہو جاتا ہے۔ لہذا وہ واقعات جن میں موت یقینی طور پر اور جلد واقع
ہوتی ہے وہ ہوتے ہیں جن میں وقوع حادثہ بر معدہ غذا سے ^۴ ہو۔ معدہ کے چھوٹے سے کچے دار
زخم سے اسکے مشمولات کا باہر نکلنا ضروری نہیں کیونکہ غشائے مخاطی جو ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہوتی ہے
بعض اوقات زخم میں سے نکل آتی ہے اور اس میں ایک عمدہ ڈاکٹ لگا دیتی ہے۔ جنگ بوری
(Boer War) اور جنگ عظیم میں اکثر اوقات اسکی مثالیں دیکھنے میں آئی ہیں جن میں یہ
حشا موزر (Mauser) گولی سے متغلب ہو گیا تھا۔ چند واقعات میں معدہ کے سامنے کی شکم
کی دیوار زخمی ہو گئی تھی اور یہ حشا بروز کر آیا تھا اور اسکی مقہم دیوار بھی اسی تضریر سے
زخمی ہو گئی تھی جس سے جدور متغلب ہوئے تھے اور ایک ناسپوری قوت جو کہفہ معدہ میں
کھلتا تھا پیدا ہو گیا تھا۔ اس قسم کے واقعات کی بہترین مثال ایکس سینٹ مارٹن
(Alexis St. Martin) کا مشہور و معروف واقعہ ہے جس پر بہت سے فعلیاتی تجربات
کئے گئے تھے۔ اس آدمی میں معدہ کے سامنے کے جدور شکم گولی سے دریدہ ہو گئے تھے۔ معدہ کی
مقدم دیوار کے کچھ حصہ میں اغشات واقع ہو گیا تھا اور ایک مستقل ناسور پیدا ہو گیا تھا۔

معدہ پر جو عملیہ جات کئے جاتے ہیں انکی وسعت اور انکا وقوع اس قدر بڑھ گیا ہے کہ
اس قسم کی چھوٹی سی کتاب میں ان پر بحث کرنا نامکن ہے اور مطالعہ کنندہ کو عملیتی جراحی کی
کتابوں کو دیکھنے کا مشورہ دینا چاہئے۔ مگر چند امور کا جو تشریحی نقطہ نگاہ سے دلچسپ ہیں مختصراً
ذکر کیا جاسکتا ہے۔ اگرچہ یہ صحیح ہے کہ معدہ کا صرف نا پوشیدہ حصہ ہی ایک مثلث سے ظاہر

کیا جاسکتا ہے جو دائیں طرف جگر سے اور بائیں طرف آٹھویں اور نویں منسلکی غصروں سے اور نیچے کی طرف ایک افقی خط سے جو دسویں منسلکی غصروں کے سروں پر سے گھینچا جاتا ہے محدود ہوتا ہے مگر معدہ تک بلا واسطہ رسائی ضروری نہیں ہوتی اور اکثر جراح اس تک دائیں نزد وسطی شکاف میں سے پہنچنے کو ترجیح دیتے ہیں (دیکھو صفحہ 389)۔ اس قسم کے فتح میں سے منظر اچھی طرح دکھائی دیتا ہے اور دیوار شکم کو ضرر نہیں پہنچتا۔ ایسے موقعوں پر پوائے معدی تغویہ (gastrostomy) کے نسبتاً بہت کم ہوتے ہیں اور جن میں اس حشا کے قلبی سرے تک پہنچنا مقصود ہوتا ہے۔ بایاں نزد وسطی شکاف بنایا جاسکتا ہے۔ عضلہ مستقیمہ کے اندرونی نصف میں ایک چھوٹا سا شکاف دیکر اس میں سے معدہ کی دیوار کی ایک نلی باہر نکال لینے سے معدی تغویہ کا فتحہ بنجا جاتا ہے جو عدم استعمال کی حالت میں ایک موثر عضلہ سے محفوظ رہتا ہے۔ قعر معدہ کو ابتدا میں نیچے کی طرف کھینچنے سے یہ نلی بنانے میں آسانی ہو جاتی ہے اور اس امر کا یقین بھی ہو جاتا ہے کہ فتحہ اس عضو کے قلبی حصہ میں واقع ہوگا اور بوابی حصہ میں نہیں ہوگا۔

نزد وسطی شکاف سے رسائی حاصل کرنے کے ذریعہ سے دیگر تمام عملیات جات میں کافی گنجائش مل سکتی ہے جو خواہ ملانکے لگانے یا استیصال جزوی (excision) یا قرحہ کی کئی (cauterization) یا معدی معوی تغویہ (gastro-enterostomy) کی قبیل سے ہوں اور خواہ جزوی معدہ بکری (partial gastrectomy) (آستین نما استیصال جزوی sleeve-resection: عملیہ پولیا: Polya's operation: بل روتھ: Billroth کا اول یا بل روتھ کا دوم استیصال جزوی) کی کسی قسم سے ہوں۔

439

معدی معوی تغویہ (gastro-enterostomy) میں بعض غور طلب امور پائے جاتے ہیں جو تشریح سے تعلق رکھتے ہیں۔ معمولی موضع معدی صائمی تغویہ (posterior gastro-jejunosotomy) میں ثرب کبیر اور مستعرض قولون اور معدہ شکم سے باہر نکال کر چھاتی رکھ دئے جاتے ہیں تاکہ انکی موضع سطحیں جراح کے سامنے آجائیں۔ چنانچہ باریلون کی مین تہیں اسکے سامنے ہوتی ہیں یعنی مستعرض ماساریقائے قولون کی دو تہیں اور خود معدہ کا مصلی طبقہ یا ساریقائے قولون (mesocolon) میں ایک فتحہ بنا لیا جاتا ہے اور اس اثنا میں وسطی قولونی شریان اور اسکی شاخوں سے باحیاط احتراز کیا جاتا ہے اور اس فتحہ میں سے معدہ کا ایک مخروط نکال لیا جاتا ہے

تفہیم کے لئے صائم کا مناسب حصہ تلاش کرنے کے لئے جراح اپنا ایک ہاتھ بائیں نزدیک جلی میز اب (parachordal groove) میں پیچھے کی طرف دوڑتیک لے جاتا ہے اور رودہ کے اس حصہ کو پکڑ لیتا ہے جو سب سے دور واقع ہوتا ہے۔ اسکو شکم سے باہر نکالنے کے بعد وہ مندرجہ ذیل امتحانات سے اس امر کا یقین کر سکتا ہے کہ صائم کا بلند ترین ممکن الحصول حصہ اسکے سامنے ہے۔ (ا) اسکو کھینچنے سے رودہ کا اور حصہ باہر نہیں نکلتا۔ (ب) اسکا تعاقب کرنے سے دیکھا جاسکتا ہے کہ یہ اثنا عشری صائمی عوجہ (doudenno-jejunal flexure) سے چسپیدہ ہے اور ٹریٹز (Treitz) کے رابطے سے تعلق رکھتا ہے (صفحہ 445)۔

آستین نما استیصال جراحی (sleeve resection) میں معدی کبڈی اور معدی قولونی ٹروب کو کاٹنے اور ان عروق کو باندھنے کے بعد جو انخناؤں کے اُس حصہ کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں جس کا کاٹ دینا مقصود ہوتا ہے جسم معدہ کا ایک حصہ علیحدہ کر دیا جاتا ہے اور اسکے بعد کٹے ہوئے سرے ایک دوسرے کے ساتھ ٹانک دئے جاتے ہیں۔

عملیہ پولیا (Polya's operation) میں اثنا عشری کا پہلا حصہ کاٹ دیا جاتا ہے اور اسکا بھدی سرا بند کر دیا جاتا ہے۔ عروق کو باندھنے اور ٹروب کو کاٹنے کے بعد معدہ کو اس خط پر کاٹا جاتا ہے جو مری کے دائیں کنارہ کو آگے بڑھانے سے بنتا ہے اور معدہ کے کھلے سرے اور صائم کی جانب کے درمیان تفہیم کر دیا جاتا ہے۔ بل روتھ (Billroth) کے عملیہ دو نم میں بواب اور معدہ کا کچھ حصہ بھی دور کر دیا جاتا ہے اور دونوں سروں کو بند کر دیا جاتا ہے اور معدی صائمی تنویہ (gastro-jejunosomy) کا فتحہ بنالیا جاتا ہے۔ بل روتھ (Billroth) کی اول معدہ برآری میں اس طرح کا استیصال جراحی (resection) عمل میں لایا جاتا ہے اور بڑے معدی فتحہ کا بالائی حصہ بند کر دیا جاتا ہے اور نیچے کا حصہ اثنا عشری کے کٹے ہوئے سرے کے بالمقابل رکھ کر اس سے ٹانک دیا جاتا ہے۔ اس عملیہ میں کچھ نقائص پائے جاتے ہیں اور وہ یہ ہیں کہ بعض اوقات کٹے ہوئے سروں کو ایک دوسرے کے قریب لانا مشکل ہوتا ہے اور اس امر کا یقین کرنا آسان نہیں ہوتا کہ معدہ کا جو حصہ مکمل طور پر دوختہ حصہ اور اس حصہ کے مقام اتصال پر جو اثنا عشری سے لایا گیا ہے بند کیا گیا ہے آب بند بھی ہے۔ ایک تیسرا اعتراض کہ بعض اوقات معدہ کے زیر ترین حصہ میں بعد میں ایک راکد حوض بن جاتا ہے اثنا عشری کو

معدہ کے ساتھ ترچھے رخ میں ملانے سے رفع کیا جاسکتا ہے۔

معائے صغیر - معائے صغیر کا اوسط طول بالغ میں $22\frac{1}{2}$ فٹ ہوتا ہے۔ اس کے

انتہائی حدود ۳۰ فٹ اور ۵ فٹ ہیں۔ اسکے طول کا انحصار ایک معتدبہ حد تک طوی عضلی طبقہ کے درجہ انقباض پر ہوتا ہے۔ جنین میں مدت حمل کے مکمل ہونے پر معائے صغیر $9\frac{1}{2}$ فٹ لمبی ہوتی ہے۔ اندازہ سے یہ حساب لگایا گیا ہے کہ بالغوں کے رودہ کے پہلے ۸ یا ۹ فٹ معائے صائم (jejunum) سے تعلق رکھتے ہیں اور بقیہ ۱۲ یا ۱۳ فٹ معائے لفائفی سے۔ یہ تقسیم جو صائم اور لفائفی میں کی گئی ہے بالکل فرضی ہے۔ ایسا کوئی مقام نہیں جسکے متعلق یہ کہا جاسکے کہ یہاں صائم ختم اور لفائفی شروع ہوتی ہے۔ جب امعائے صغیر حادثہ یا دورانِ علیہ میں معرا ہو جاتے ہیں تو بالائی حصہ کو زیرین حصہ سے خاص کر اس حالت میں تمیز کرنا جبکہ مرض شکم موجود ہو مشکل ہوتا ہے۔ مگر یہ معلوم کیا جاسکتا ہے کہ صائم لفائفی سے زیادہ چوڑی ہوتی ہے (اکس کا قطر لفائفی کے قطر سے $\frac{1}{2}$ انچ زیادہ ہوتا ہے) اور اسکے طبقات زیادہ موٹے اور کثیر العروق ہوتے ہیں۔ اگر رودہ خالی ہو اور روشنی کے سامنے رکھ کر نیم شفاف بنایا جاسکتا ہو، تو ثننات مستند پر (valvulae conniventes) کے خطوط بخوبی دکھائے دے سکتے ہیں۔ شیکن صائم میں بڑے بڑے اور کثیر التعداد ہوتے ہیں مگر لفائفی کے بالائی حصہ میں جا کر چھوٹے اور قلیل التعداد ہو جاتے ہیں اور اسکے زیرین ایک تہائی حصہ میں موجود نہیں ہوتے۔

معائے صغیر کی گنڈیوں کا محل شکم میں مستقل نہیں ہوتا۔ جنین میں اور خارج الرحم زندگی کے نہایت ابتدائی حصہ میں معائے صغیر کا زیادہ تر حصہ خط وسطی کی بائیں جانب پر ہوتا ہے۔ اسکی وجہ یہ ہے کہ جگر نسبتاً عظیم الجسامت ہوتا ہے اور اسکے وزن کے لئے معائے صغیر ایک وزن مقابل کا کام دیتی ہے۔ بالغ اجسام میں سے اکثر میں معائے صغیر بائیں جانب سے دائیں جانب کو بے قاعدہ اور خمیدہ طور پر مرتبہ ہوتی ہے۔ رودہ اثنا عشری سے شروع ہوتا ہے اور پہلے برمعدی اور تری خطوں کی بائیں جانب کے منقلہ حصوں میں واقع ہوتا ہے۔ اسکے بعد گنڈیاں بائیں مرقی اور قطنی خطوں کے کچھ حصہ کو پر کرتی ہیں اور پھر بالعموم حوض میں سے ہو کر بائیں صرقتی خطہ میں از سر نو آجاتی ہیں اور اسکے بعد برمعدی زیرین تری، دائیں قطنی اور دائیں

حرقی خطوں کو بالترتیب پُر کرتی ہیں۔ دائیں حرقی خطہ میں پہنچنے سے پیشتر یہ عام طور پر ایک مرتبہ اور حوض میں چلی جاتی ہیں۔

جو گندڑیاں حوض میں پانی جاتی ہیں وہ اسلئے بہت اہم ہیں کہ حوضی

التهاب باریطون میں انکے ماؤف اور منضم ہونے اور نیز فتق سادا اور فتق نسائی اور فتق حیائی میں انکے بروز کرانے کا احتمال ہوتا ہے۔ جنہیں حوض میں معائے صغیر کا کوئی حصہ واقع نہیں ہوتا۔ معال کی جو مقدار بالغوں میں حوض میں پانی جاتی ہے اسکا انحصار زیادہ تر شانہ اور معائے مستقیم کے تمدد اور حوضی قویوں کی وضع پر ہوتا ہے۔ اس محل میں جو گندڑیاں نہایت کثرت سے پانی جاتی ہیں وہ لفائفی کے انتہائی حصہ اور امعاء کے اس حصہ سے ہوتی ہیں جسی ماسارلیقا کے طویل ترین ہونے کے متعلق پہلے اشارہ کیا جا چکا ہے (صفحہ 421)۔ امعاء کا جو حصہ اُربی اور حرقی فتوق میں نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے وہ لفائفی ہے۔ مزید برآں تخنیق کے واقعات میں بھی یہ حصہ اندرونی بندوں اور ماسارلیقا کے سوراخوں وغیرہ سے نہایت کثرت سے ماؤف ہوتا ہے۔

معائے صغیر کے کسی حصہ کے قطریہ کا انحصار زیادہ تر اسکی عضلی دیوار کی حالت پر ہوتا ہے۔ جب یہ تلی خالی ہوتی ہے تو بعض اوقات بہت منقبض ہوتی ہے۔ بخلاف اسکے رودہ کے کسی چنبر کے یا چنبر کے کسی حصہ کے عضلی طبقات میں مستقل انقباض یا معمولی کشج کی ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جس سے معمولی تسدد (intestinal obstruction) واقع ہو جاتا ہے یا اس قسم کا نتیجہ اسکی برعکس حالت (شلل کی حالت) سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ اگر معاء کے امتیصال بجز وی کے دوران میں کسی حصہ کو ضرر پہنچ جائے یا وہ کاٹ دیا جائے (جیسا کہ بعض مقامات ضروری ہوتا ہے) یا وہ مختل المقام التهاب یا التهاب باریطون سے ماؤف ہو جائے تو اس میں شلل کی ایک حالت (ہتینڈ لے کا شلل الیئس: paralytic ileus of Handley) نمودار ہو جاتی ہے اور اسلئے یہ غذائی مشمولات کو آگے نہیں گذار سکتا جو بدیں وجہ جمع ہو جاتے ہیں اور رودہ کے اس قطعہ کو جو محل ضرر یا التهاب باریطون کی قربی جانب پر واقع ہوتا ہے متمدد کر دیتے ہیں۔

اگرچہ امعاء صغیر قصور کے لئے خاص طور پر منکشف ہوتے ہیں مگر اپنی لچک اور اس

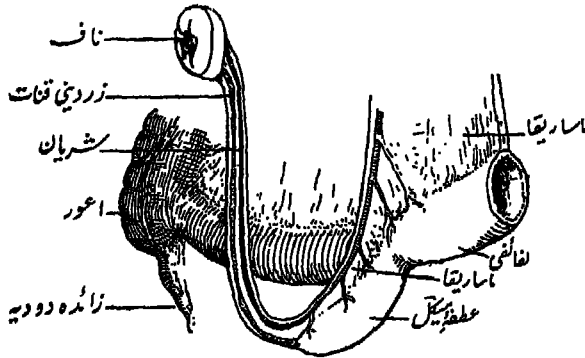
آسانی سے جس سے انہی گندلیاں دباؤ کے اثر سے بچنے کے لئے ایک دوسرے پر پھیل جاتی ہیں یہ کو فنگیوں کی اس قسم کے ضربات کے اثر سے بخوبی مامون ہوتے ہیں۔ معائے صغیر کے چھوٹے سے کچھ کے دار زخم سے قولون کے اسی قسم کے زخم کی نسبت التهاب باریلیون کے پیدا ہونے کا امکان کم ہوتا ہے، کیونکہ قبل الذکر کے مشمولات میں نہ صرف مرض عضویہ جات ہی کم پائے جاتے ہیں بلکہ اسکے عضلی طبقہ کا انقباض چھوٹے سے فتح کو بند بھی کر دیتا ہے۔ لہذا تند و عظیم کی حالتوں میں کسی خراب نتیجہ کے پیدا ہونیکے بغیر گیس کو نکالنے کے لئے معائے صغیر میں باریک شعری منزل سے بہت سے مقامات پر بکثرت کچھ کے لگائے جاسکتے ہیں، خاص کر جبکہ ان چھوٹے چھوٹے فتحات کو کسی کر بند کر دیا جائے۔ اگر زخم ذرا بڑا ہو تو ڈیسیلی ڈھالی غنائے خمالی زخم میں سے منقلب ہو جاتی ہے یا بروز کر آتی ہے اور اس میں ایک موثر طریقہ سے ڈاٹ لگا دیتی ہے۔ گروس (Gross) نے یہ مشاہدہ کیا ہے کہ معائے صغیر کا ایک ۲ ۱/۲ سوت طولی شکاف عضلی انقباض سے فوراً ۱ ۱/۳ انچ لمبے زخم میں تبدیل ہو گیا تھا اور اس انقباض کے علاوہ غنائے خمالی کے انقلاب نے اس فتح کو مکمل طور پر بختم کر دیا تھا۔ معائیں — مثلاً صائم میں — جو فتحہ مؤزر (Mauser) کی گولی کے داخل ہونے سے بنتا ہے اس میں سے بھی بعض اوقات مشمولات خارج نہیں ہوتے۔ روده کا منقبض خالی ٹکڑا متمدد ہو کر تقریباً دو چند لمبا ہو جاتا ہے۔ عضلہ کی مدوریت میں زیادہ قوت موجود ہونے کی وجہ سے طولی زخم مستعرض زخم کی نسبت زیادہ کشادہ لب ہوتا ہے اور صائم کے زخم اس کے زیادہ عضلی ٹھوکے باعث لفائفی کے زخموں کی نسبت زیادہ کشادہ لب ہوتے ہیں۔ جب مستعرض زخم روده کے آزاد کنارہ پر لگتے ہیں تو یہ نہایت ہی کشادہ لب ہوتے ہیں کیونکہ اس جگہ طولی عضلی ریشہ جات نہایت ہی موٹے ہوتے ہیں۔

448

عطفہ میککل (Meckel's diverticulum) - لفائفی کے اختتام سے بیکر

۴ فٹ کے فاصلہ پر بعض اوقات ایک عطفہ (میککل کا: Meckel's) دکھائی دیتا ہے (شکل ۹۸) جو زردینی معوی قنات (vitello-intestinal duct) کے آثار کو ظاہر کرتا ہے (صفحہ 386)۔ جن اجسام کا امتحان کیا جاتا ہے ان میں سے ۲ فیصد میں اسکے پائے جانے کی توقع ہوتی ہے۔ اس عطفہ کی ساخت بالعموم وہی ہوتی ہے جو معای کی ہوتی ہے۔ اسکا طول مختلف ہوتا ہے۔

بعض اوقات یہ ایک منفذ کی شکل میں ناف تک چلا جاتا ہے۔ یہ اکثر چند انچ ہی لمبا ہوتا ہے اور اس حالت میں یہ آزاد مخروطی یا گوبچی انتہا پر لینی جبل کی شکل میں ختم ہو جاتا ہے۔ یہ عطفہ بہت سے طریقوں سے معوی تسدید پیدا کر سکتا ہے۔ بعض اوقات اسکا سرا انضمام پیدا کر لیتا ہے اور اس طرح جوئل بن جاتا ہے اسکے نیچے رودہ کا ایک چنبرہ مخنوق ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ معاکے ٹکڑے پر لپٹ کر ایک رُہ بنا دیتا ہے۔ ایک سے زائد واقعوں میں یہ خارجی قنق میں بھی پایا گیا ہے



شکل ۹۸ عطفہ و میل، زردنی قنات کے آغاز اور تاجہ زردی کو جانے والی مشریان کو ظاہر کرتی ہے۔

رودہ کا رودہ عطفہ کے محل پر یا اسکے قریب ہی اکثر معتد بہ طور پر کم ہو جاتا ہے اور اس بھیڑ پر انفراد معوی پیدا ہو سکتا ہے۔ 444

اگر یہ قنات مکمل ہو تو ناف پر ختم ہو جاتی ہے (شکل ۹۸)۔ تاجہ زردی کی مشریان بعض اوقات برقرار بھی رہتی ہے اور لفاٹھی کی ماساریقا اور ناف کے درمیان ایک جبل کی شکل اختیار کر لیتی ہے اور اسکے اوپر اعمار کا ایک چنبرہ مخنوق ہو سکتا ہے۔ بعض اوقات ایک چھوٹی سی جبل لفاٹھی کی ماساریقا سے لیکر اس عطفہ کے فقر تک جاتی ہے اور اسکے اور عطفہ کے

در میان رودہ کا ایک ڈگنی پچس نکلتا ہے۔ اس قسم کی جبل تین طریقوں سے پیدا ہو سکتی ہے۔
(۱) تانچہ زردی کی شریان کے قریبی حصہ سے۔ (۲) اس ماساریقا کے آزاد کنارہ سے جو عضل وقتا
عطفہ کے لئے موجود ہوتی ہے۔ (۳) عطفہ کے راس اور اسکی ماساریقا کے درمیان کے الہتانی
انضمام کے طول سے۔

اثنا عشری (doudenum) اور اثنا عشری صائمی حفرہ

(fossa duodeno-jejunalis) اثنا عشری کا پہلا حصہ تقریباً افقی ہوتا ہے۔ یہ تقریباً
۲ انچ لمبا ہوتا ہے اور بواب سے شروع ہو کر پیچھے کی طرف کو دائیں گردہ کے اوپر بکے سرے
کے قریب تک جاتا ہے۔ دوسرا حصہ تقریباً ۳ انچ لمبا ہوتا ہے اور یہ دائیں گردہ کے
اندرونی کنارہ کے سامنے سے عموداً نیچے کی طرف کو تیسرے قطنی فقرہ کے لیول تک آتا ہے۔
تیسرا حصہ تقریباً ۵ انچ لمبا ہوتا ہے۔ یہ تیسرے فقرہ کے سامنے سے دائیں طرف سے بائیں طرف
گزرتا ہے اور پھر بائیں عضلہ خصریہ (psaos muscle) کی سطح پر کچھ فاصلہ تک اوپر کی طرف
جا کر دوسرے قطنی فقرہ کی بائیں جانب پر صائم میں ختم ہو جاتا ہے (شکل ۹۳ صفحہ 424)۔ تیسرے
درجہ کے اختتام کے قریب ایک عاصری بھجواؤ بالعموم پایا جاتا ہے۔

باریٹلون پہلے حصہ کو جو حرکت پذیر ہوتا ہے اسی طرح محصور کرتا ہے جس طرح کہ معدہ
کو۔ یہ دوسرے حصہ کو سوائے اس مقام کے جہاں قولون استعرج اسکو عبور کرتی ہے صرف سامنے
کی جانب سے ہی پوشیدہ کرتا ہے۔ مزید برآں تیسرے حصہ کی صرف مقدم جانب پر بھی باریٹلون
لگا ہوتا ہے مگر جہاں فوقانی ماساریقی (superior mesenteric) عروق اسکو عبور کرتے
ہیں وہاں یہ اس سے آزاد ہوتا ہے۔

445

اثنا عشری کا سرا یعنی اثنا عشری صائمی خم (duodeno-jejunal bend)

لیفی عضلی بافت کے ایک بند سے جو ڈایا گرام کی دائیں ساق سے نیچے کی طرف کو راس تک آتا ہے
اور شہمی محور (ceeliac axis) کے قرب وجوار کی بافت کے ذریعہ سے اپنی جگہ پر محکم رہتا ہے۔ یہ بند
بعض اوقات اثنا عشری کا تعلیقی عضلہ (suspensory muscle of duodenum)
کہلاتا ہے (ٹریٹز: Tretz)۔ مزید برآں یہ ماساریقا کو سہارا دینے کا کام بھی دیتا ہے۔

غدد برونز (Brunner's glands) اثنا عشری کے پہلے درجہ میں پائے جاتے ہیں۔ انکا افراز روہ کے اس حصہ کو غالباً تریٹی کیوکس سے محفوظ رکھنا ہے۔ جسکی تعدیل صرف دوسرے درجہ تک پہنچے پری ہوتی ہے۔ اثنا عشری کے پہلے درجہ میں شاید اسکے مشمولات کی نوعیت کی وجہ سے بہت کثرت سے تفریح پیدا ہوتا ہے۔ ۹۰ فیصدی سے زیادہ اثنا عشری قروح پہلے درجہ میں واقع ہوتے ہیں (کوکن: Collin)۔ بعض اوقات یہ قرح دیوار کو منتقل کر دیتا ہے اور مشمولات تکملر زیر کبدی فضا میں چلے جاتے ہیں۔ یا ارد گرد کے اعضا یعنی مرارہ، جگر، بلبہ کے سر، دائیں گردہ یا قولون کے کبدی عوجہ کے ساتھ انفصامات پیدا ہو جاتے ہیں۔

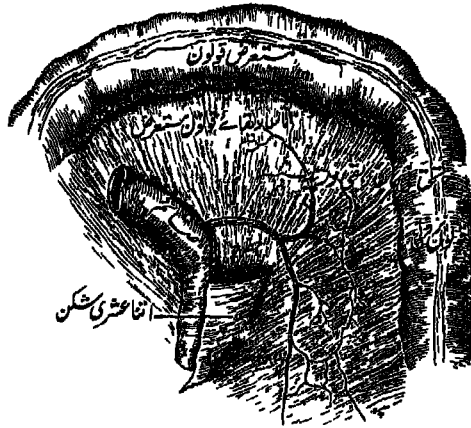
استرخائے احشاء میں بلبہ کی گردن اور اثنا عشری صائمی خم ہی وہ حصے ہوتے ہیں جن میں سب سے کم غیر وضیعت واقع ہوتی ہے، کیونکہ موخر دیوار سے یہ خمی محور (coeliac axis) اور فوقانی مارائیٹری شریان کے مبداء کے ارد گرد کی لیفی بافت سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ اثنا عشری کے تمام حصوں میں چوٹ سے انشقاق واقع ہو چکا ہے۔ چونکہ معاء کے اس حصہ کا ایک برا حصہ غیر باریطونی ہوتا ہے، اسلئے اگر اس تک پیچھے سے رسائی کی جائے تو یہ باریطون کے کھلنے کے بغیر ہی مجروح ہو سکتا ہے۔

جہاں مشترک صفراوی نفاث (common bile-duct) اثنا عشری کے عضلی طبقہ کو منتقل کرتی ہے وہاں اکثر اوقات غمٹائے مخاطی کے چھوٹے چھوٹے عطافات بن جاتے ہیں۔ یہ اکثر اتنے بڑے ہوتے ہیں کہ انگشت اشاریہ کا پہلا بندھڑ ان میں داخل ہو سکتا ہے اور احشاء کے استرخاء میں یہ خاص طور پر پائے جاتے ہیں۔ نوزائیدہ میں مشترک صفراوی نفاث (common bile-duct) کے داخل ہونے کے مقام کے مین اوپر بعض اوقات اثنا عشری کی مکمل مسدودی پائی جاتی ہے۔

اثنا عشری کے انتہائی حصہ کی بائیں جانب پر اثنا عشری صائمی حفرہ

(duodeno-jejunal fossa) ہوتا ہے۔ طبعی طور پر یہ اثنا عشری کے انتہائی حصہ کے انحذاب سے مسکون یا پُر ہوتا ہے جسکے لئے یہ ایک درجک کا کام دیتا ہے۔ اس کا اوپر کا ہلال یا کنارہ تعلیقی رباط یا ششک سے بنتا ہے اور اسکا نیچے کا ہلال ایک دوسرے ششک (اثنا عشری ششک) سے بنتا ہے۔

سے بنتا ہے (شکل ۹۹)۔ یہ حفرہ صرف اس وقت ہی دکھائی دیتا ہے جبکہ اثنا عشری کو اپنی جگہ مصنوعی طور پر مٹا دیا جائے۔ تحتانی ماساریقی ورید اس پاکٹ کی بائیں کور کے قریب سے اوپر کو چڑھتی ہے (شکل ۹۹)۔ یہ حفرہ ماساریقا کے اور ماساریقا سے قولون کے (mesocolic) اور ماساریقا سے معدہ کے (mesogastric) فتوق یا پس باریطونی فتوق کا تشریحی سبب ہوتا ہے۔ صائم کا ابتدائی حصہ اس حفرہ میں جا کر اسکو دباتا ہے اور اسکے کہنہ کو کلاں کر دیتا ہے اور انجام کار باریطون کو اسکی موخر چسپیدگیوں سے علیحدہ کر دیتا ہے۔



شکل ۹۹۔ اثنا عشری صائم حفرہ۔

یہ بعض اوقات مندرجہ ذیل ایک سمت یا تینوں سمتوں میں پھیل جاتا ہے۔ دائیں جانب کو اثنا عشری کے پیچھے۔ بائیں جانب کو تحتانی ماساریقی ورید کے پیچھے۔ یا اوپر کی طرف کو تعلق ر ہا اور ستعرض ماساریقا سے قولون کی جڑ کے پیچھے۔ اس بڑھتی ہوئی جیب میں معائے صغیر بتدریج داخل ہوتی جاتی ہے حتیٰ کہ جیسا کہ اس ایک واقعہ میں تھا جسکی اطلاع مرسلے کو پر (Sir Astley Cooper) نے دی تھی اور بہت سے دوسرے واقعات میں بھی پایا گیا ہے۔

تقریباً تمام کی تمام معائے صغیر ایک عظیم الجسامت وسطی پس باریطونی تاجہ میں موجود بائی جاتی ہے، جسکا منہ اثنا عشری صغیری حفرہ کا دہنہ ہوتا ہے۔ اثنا عشری اس تاجہ میں داخل ہوتی ہوتی اور لٹافنی کا سرا اس سے باہر نکلتا ہوا دکھائی دے سکتا ہے۔ یہ تاجہ بائیں جانب پر عام طور پر نیچے کی طرف کو پھیلا ہوتا ہے اور بعض اوقات عجز کے طنف (promontory) تک پہنچ جاتا ہے۔ اس قسم کے فتق میں تسد کے واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

علمیہ جانت جو معائے صغیر پر کئے جاتے ہیں۔ معاشیاتی

(enterotomy) معائے صغیر کو کسی ایسے تسد کے اوپر سے کھولنے کا علمیہ ہے جسکے مہلک ثابت ہونے کا خطرہ ہو یا جو رفع نہ کیا جاسکتا ہو تسد سے اوپر رودہ کا ایک ڈکیز زخم شکم سے ٹانگ کر کھول دیا جاتا ہے۔ مزید برآں معائے صغیر منفرد اجسام غریبہ اور بڑے بڑے مراری سنگرزوں کو دور کرنے کے لئے بھی کھولی جاتی ہے۔ ایسی حالتوں میں معوی زخم جلد بعد بند کر دیا جاتا ہے۔

معابر آری (enterectomy) یا معائے صغیر کے حصوں کا جزوی ہتھیال

جو ۶ یا ۸ فٹ تک بھی لمبے ہوتے ہیں تضیق (stricture) اور نو ساحت (neoplasm) اور گنگرین کے لئے باسانی کیا جاسکتا ہے۔ یا ضرر سے اوپر کی معاکا اسکے نیچے کی معا سے نفیم کرنے سے دور قصیر (short circuit) بنایا جاسکتا ہے۔ معابر آری کے بعد عام طور پر سرے کا سرے کے ساتھ باسانی اتصال پیدا کیا جاسکتا ہے۔ گرگاہے گاہے جبکہ ایک سرے کا قطریہ دوسرے سرے کے قطریہ سے بہت بڑا ہو سروں کو بند کرنے کے بعد جانی نفیم زیادہ محفوظ اور زیادہ آسان ہوتا ہے۔ اگر متقابل کے سروں کے نفیم کے بعد تراوش شروع ہو جائے تو بالعموم ماساریتی کنارہ سے ہوتی ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ ماساریتی کاکی دونوں تہیں معا کے نزدیک پہنچتے ہی منفرد ہو جاتی ہیں اور اسلئے انکے درمیان ایک مثلث فضا رہ جاتی ہے جسکا قاعدہ جو عرض میں اور طویل میں ایچ ہوتا ہے نا پوشیدہ عضلی بافت سے بنا ہوتا ہے۔ لہذا ماساریتی چسپیدگی پر عضلی طبقہ میں احتیاط سے ٹانگے لگانا لازمی ہے۔ ایک سادہ دھت جو کٹے ہوئے معوی سروں کے ماساریتی کناروں کو قریب کر دیتی ہے اور ساتھ ہی اس

مصلی مثلث کو بند کر دیتی ہے شکل ۱۰۰ میں ظاہر کی گئی ہے۔

لفائفی احموری خط (ileo-caecal region) (شکل ۱۰۱) احمور

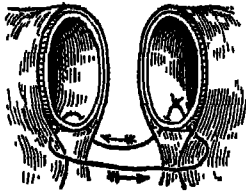
448

اور زائدہ کا درجہ نمو پستانوں کے انواع اور انہی عمر کے بناوٹ سے مختلف ہوتا ہے۔ آدمی اور گوسفند خوار جانوروں میں یہ متنوع ہوتا ہے لیکن نبات خوار جانوروں میں احمور بہت بڑی ہوتی ہے۔ اور بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ غذا کے تصفیہ اور انجذاب کے لئے ایک خزانہ کا کام دیتی ہے۔ زائدہ جو احمور کا ایک مختص حصہ ہے نوزائیدہ بچہ میں بھی اتنا ہی نمایاں ہوتا ہے

جتنا کہ بشر آماقروہ کے بچوں میں۔ انسانی جنین میں یہ صرف احمور کے تنگ سرے کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔

جنینی قسم کی احمور جو بہت ہمیز طور پر مخروطی ہوتی ہے بعض اوقات تمام زندگی میں برقرار رہتی ہے بچوں میں سن بلوغ نزدیک آتا ہے انسانوں کی ایک کثیر تعداد میں زائدہ کا رجحان چھوٹے اور مذہبول ہونے کی طرف ہوتا جاتا

ہے۔ اور اسکی وجہ شاید یہ ہے کہ ہماری موجودہ غذا اسکی فعالیت کی صرف ایک خفیف سی حد تک ہی طلب گاہ ہوتی ہے۔



شکل ۱۰۰۔ سرے کے سرے کے ساتھ
تفہم میں جو دنت لگائی جاتی ہے

احمور (caecum) قولون کا وہ حصہ ہے جو لائفائی کے داخل ہونے کے مقام سے نیچے واقع ہوتا ہے۔ جہاں تک جسامت کا تعلق ہے بالغ نقش میں احمور کا اوسط عرض ۳ انچ ہوتا ہے اور اسکا اوسط طول (انتصابی پیمائش) ۲۱ انچ ہوتا ہے۔ زندہ اجسام میں اسکی شکل اسکی فعلیاتی فعالیت کی حالت کے مطابق مسلسل بدلتی رہتی ہے۔

احمور میں طبعی طور پر گیس موجود ہوتی ہے اور اسکے قرعہ پر بلند مصلی آواز بھلتی ہے۔ گلینارڈ (Glenard) نے یہ معلوم کیا ہے کہ استرخائے احتشاد میں یہ اکثر منقبض تھا اور جس کرنے پر اسکی بستیگی نکلا (sausage) کی سی تھی۔

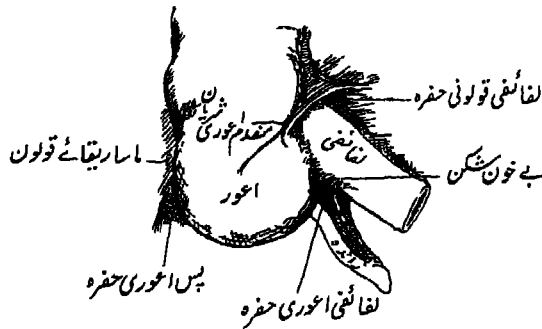
احمور بالعموم دائیں سر قفنی حفہ میں قیام پذیر ہوتی ہے اور یہ اسطرح واقع ہوتی

ہے کہ اسکا راس اُس نقطہ کا تناظر ہوتا ہے جو رباط اربی کے نقطہ وسطی سے ذرا اندر کی طرف مقرر کیا جائے۔ جب یہ گیس یا برازی مشمولات سے متدد ہوتی ہے تو تمام دائیں حرقفی حفرہ کو گھیرے ہوتی ہے۔ لہذا لسانی اعوری دہنہ شوکی بستی خط کے صین نیچے اور نقطہ مونرو (Monro) کے باہر کی طرف واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹۳ صفحہ 424)۔ خفیف سی متدد اعور جس کا محل اس طریقہ سے معلوم کر لیا گیا ہو ران کو شکم پر غبیدہ کرنے سے خالی کیا جاسکتی ہے۔ حرکت پذیر اعور بعض اوقات حوض کی لگ بھگ ہوتی ہے، یا حوض کو گھیرے ہوتی ہے اور بعض اوقات بائیں جانب کے اربی فتق میں بھی نکل آتی ہے۔ اعور کی حرکت پذیری کی شناخت عمیق جس سے کیجا جاسکتی ہے جبکہ یہ برہم دار غذا سے پر ہو اور لاشعاعوں سے اسکا امتحان کیا جا رہا ہو۔ اعور باریطون سے تمامہ محصور ہوتی ہے، گو اسکی موضع سطح کا کچھ حصہ گاہے گاہے حرقفی حفرہ کی فضائی بافت سے بھی حلق رکھتا ہے۔ باریطون عام طور پر قولون معدودی کی ابتدا سے موجز جدور پر حرقفی عرف کے لیول سے نیچے معکوس ہوتا ہے۔

اعور میں تین قسم کی حرکتیں واقع ہوتی ہیں۔ (۱) بلونے کی حرکت جو کھانا کھانے کے بعد ایک گھنٹہ کے اندر اندر شروع ہوتی ہوئی دیکھی گئی ہے۔ (۲) ضد حرکت دودی حرکت جو قولون میں شروع ہوتی ہیں اور اعور میں ختم ہوتی ہیں (دیکھو صفحہ 430)۔ (۳) دافع یا خالی کرنے والی حرکات۔ جب براز مستمر قولون میں پہنچتا ہے تو پانی جذب ہو جاتا ہے اور اسکی بستی ٹھوس ہو جاتی ہے۔ اعور اکثر دائیں جانب کے اربی یا فخذی فتق میں پائی جاتی ہے (اعوری فتق)۔ ایسے فتق کا سوائے چند نادار وقوع مثالوں کے ایک مناسب اور مکمل باریطونی تاجہ ہوتا ہے۔ جو اجسام غریبہ شکل لئے جاتے ہیں انکے اعور میں ٹھیر جانے کا بہت امکان ہوتا ہے اور یہ اس محل میں تفرح اور نیز انقباض بھی پیدا کر دیتے ہیں جس سے ایک قسم کا التهاب اعور (typhlitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ برازی احتباس کی حالتوں میں بھی برازی مادہ کا عظیم ترین اجتماع اکثر اعور ہی میں پایا جاتا ہے اور جب متدد انتہا تک پہنچ جاتا ہے تو امعاء کے اس حصہ پر ہی عام طور پر سب سے زیادہ بار پڑتا ہے۔ اعور کی خشائے مخاطی میں خاصکر لسانی اعوری دہنہ کے قریب مجدد جراب کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ اس حصہ میں معوی کنگریاں بھی اکثر پائی جاتی ہیں۔

450 لفائفی اخوری دہنہ ایک عضل عاصرہ (لفائفی اخوری عاصرہ ileo-caecal sphincter)

سے محفوظ ہوتا ہے۔ اسکی تعصیب نظام مشارکی سے ہوتی ہے اور لفائفی سے جو کیموس آتا ہے اسکے بہاؤ کو یہ منظم کرتا ہے (ٹی۔ آر۔ الیٹ T. R. Elliot اور بی۔ سیمتھ B. Smith: سیرولیم میکینون Sir William Macewen) نے ایک سپاہی میں جہیں بندوق کی گولی سے ایک عریض اخوری ناسور پیدا ہو گیا تھا اسکو اپنا قفل کرتے ہوئے دیکھا ہے۔ مزید برآں اسی مشاہدے نے نژادہ دودیدہ کے منہ سے جو لفائفی اخوری دہنہ سے تقریباً ایک انچ



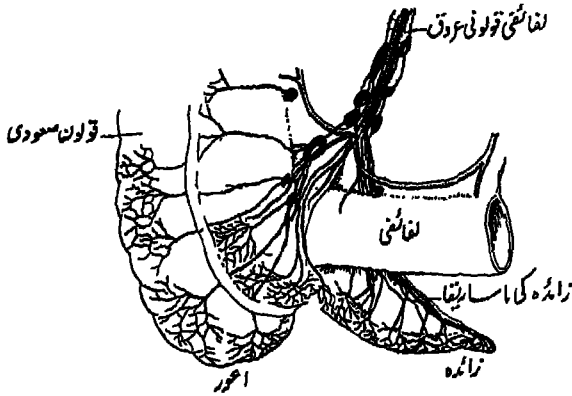
شکل ۱۰۱۔ لفائفی اخوری خطہ کے باریطونی حفرہ جات۔

نیچے واقع ہوتا ہے ایک افزائے دیکھا ہے۔ بعض حالتوں میں جیسا کہ ڈاکٹر جیمز کیس (Dr. James Case) نے سب سے پہلے معلوم کیا تھا لفائفی اخوری عاصرہ کو منظم کرنے والے معکوسات اپنا قفل چھوڑ دیتے ہیں اور یہ دہنہ عظیم المقدرت رہ جاتا ہے جس سے اخور کے مشمولات لفائفی میں واپس آ جاتے ہیں۔

نژادہ (appendix) کا طول مختلف ہوتا ہے۔ اسکی اوسط پیمائش بالغ میں ۴ انچ ہوتی ہے۔ اسکے طول کے حدود ۱ انچ اور ۶ انچ ہیں۔ اسکا محل مسلسل بدلتا رہتا ہے

گو اپنی طبعی حالت میں یہ عام طور پر لفائفی کے معرے اور اسکی ماسا ریفیکائے پیچھے پڑا ہوا اور طحال کنا طرف اشارہ کرتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ یہ اکثر اعور کے پیچھے واقع ہوتا ہے اور بعض اوقات یہ صغودی ماسا ریفیکائے قولون میں مدفون پایا جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں جنہیں زندگی کے آخری ہیمینوں میں جبکہ اعور جگر کے قرب و جوار سے دائیں حرقفی حفرہ میں منتقل ہو جاتی ہے زائدہ دب کر اعور کے پیچھے چلا جاتا ہے اور ماسا ریفیکائے قولون میں محسوس جاتا ہے۔ گاہے گاہے یہ دائیں یا بائیں اربی فتق میں بھی پایا جاتا ہے بعض اوقات زائدہ عوض میں معلق ہوتا ہے اور انتہائی حالتوں میں

451



شکل ۱۰۲۔ اعور، زائدہ اور قولون کے عروق لطف کا ممر۔

(جمیلین: Jamieson اور ڈوبسن: Dobson کے مطابق)

یہ بیض یا دوسری حوضی ساختوں سے انضمام پیدا کر لیتا ہے۔ ملتہب زائدہ جگر اور دائیں گردہ یا حالب سے یا بائیں حرقفی حفرہ کے اندر کی ساختوں سے منضم ہو سکتا ہے۔ یا اس کی نوک قرب و جوار کی باریطیفنی سطح سے چپک سکتی ہے اور اس طرح ایک ”بند“ بنجاتا ہے جس کے نیچے معائے صغیر کا ایک ٹکڑا مضنوق ہو سکتا ہے۔

زائدہ کی ماسا ریفیکا (شکل ۱۰۲) جس میں لفائی قولونی (ileo-colic) شریان سے حاصل شدہ ایک شریان موجود ہوتی ہے بعض اوقات اتنی چھوٹی ہوتی ہے کہ اس سے زائدہ پر بل پڑ جاتے ہیں۔

اس کے مخاطی استر میں مجر و لمف آسا جرابات (lymphoid follicles) اس افراط سے پائے جاتے ہیں کہ اسکا درونہ تقریباً بند ہو جاتا ہے۔ دوسری لمف آسا ساختوں کی طرح یہ جرابات سن بلوغ کے آنے کے جلد بعد ہی مذبول ہونا شروع ہو جاتے ہیں۔ التهاب زائدہ (appendicitis) کی بعض قسموں میں یہ جرابات ماؤف ہو جاتے ہیں۔

جو شعاع نگار شیش بیریم (barium) دار غذا دینے کے بعد لیجاتی ہیں ان میں زائدہ کا سایہ بالعموم شناخت کیا جاسکتا ہے [۴۰ فیصدی افراد میں بارکلے (Barclay) ۸۰ فی صدی میں کیس (Case) زائدہ کا سایہ لینے سے بیشتر بعض اوقات اعور کا جس کرنا اور اسکو اپنی جگہ سے ہٹا دینا ضروری ہوتا ہے۔ بقیہ غذائی خطہ کی طرح اسکے عضلی نظام میں بھی متوازن حرکت و ودی آہستہ آہستہ واقع ہوتی رہتی ہے، جسکی وجہ سے اگر درونہ بھی منفق ہو تو اعوری مشمولات آہستہ آہستہ داخل اور خارج ہوتے رہتے ہیں۔ اس کا فعل ابھی تک معلوم نہیں ہوا۔

اعور اور زائدہ کے عروق لمف (شکل ۱۰۲)۔ چونکہ زائدہ کے التهاب

میں سرائت خاص کر اسکے عروق لمف سے پھیلتی ہے، اسلئے اس نظام کی ترتیب جراحی نقطہ نگاہ سے اہم ہے۔ غذائی قنال کے دوسرے حصوں کی طرح عروق لمف کتے بن ضعیف ہوتے ہیں۔ (۱) زیر مخاطی جو غشائے مخاطی سے لمف وصول کرتے ہیں۔ (۲) ایک بن عضلی ضعیفہ۔ (۳) ایک زیر عضلی ضعیفہ۔ ان تینوں میں انتہائی ربط و راہ موجود ہوتا ہے۔ لمف آسا جراب یا مخاطی لمفی فضائوں میں واقع ہوتے ہیں عضلی طبقہ میں کچھ وقفوں پر زیر مخاطی اور زیر عضلی ضعیفوں میں بلا واسطہ تسلسل موجود ہوتا ہے۔ لہذا باریطونی طبقہ تک سرائت یا سانی پھیل سکتی ہے اور اس سے التهاب باریطون (peritonitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ برآر عروق کی زیادہ تعداد ماس ریفیکا سے زائدہ میں جاتی ہے، جہاں بعض اوقات ایک یا زائدہ عدد واقع ہوتا ہے، مگر اکثر ایک عروق

خدد کے لفافنی قولونی گروہ میں جاتے ہیں جو لفافنی قولونی زاویہ میں واقع ہوتا ہے (شکل ۱۰۲)۔ یہ گروہ اخور کے مقدم حصہ و زائدہ کے قاعدہ سے بھی اُن عروق کے ذریعہ سے لف و وصل کرتا ہے جو مقدم قولونی شکم میں سے گزرتے ہیں۔ اخور کی موخر جانب سے جو عروق آتے ہیں وہ بھی لفافنی قولونی گروہ میں مل جاتے ہیں۔ یہ عروق حرقنی یا قطنی خطوں کے عروق لف سے ربط و رابطہ نہیں رکھتے (جیمسن: Jamieson اور ڈوبسن: Dobson) جو عروق خدد کے لفافنی قولونی گروہ سے نکلتے ہیں وہ معائے صغیر اور قولون صعودی کے برآعروق سے مل جاتے ہیں اور اُن خدد میں جا کر داخل ہوتے ہیں جو فوقانی ماساریٹنی (superior mesenteric) شریان کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔

453

انفخاد معوی (intussusception) لفافنی اخوری خط میں نہایت کثرت

سے واقع ہوتا ہے۔ اس حالت میں معا کا ایک حصہ ساتھ کے حصہ کے درون میں سقوط یا فست ہو جاتا ہے یعنی ڈوب رین کی اندرونی نالی کی طرح گھس جاتا ہے۔ لفافنی اخوری قسم میں (جو عام ترین قسم ہے) تنگ لفافنی اور اسکے بعد اخور بھی قولون میں سقوط یافتہ ہو جاتی ہے۔ لفافنی اخوری دہن سے اس بروز یا انفخاد معوی کی چوٹی بنتی ہے۔ لفافنی قولونی قسم میں (جو ایک نادر الوقوع قسم ہے) لفافنی کا سراسر مصرع میں سے سقوط ہو جاتا ہے۔ یہ دہن اور اخور اپنے اپنے طبعی محل پر رہتے ہیں اور انفخاد معوی کی چوٹی صرف لفافنی ہی سے بنتی ہے۔ ایک اور قسم میں جو کثیر الوقوع ہے انفخاد معوی کا اس منتخدا اخور کے قعر سے بنتا ہے۔

ایسے تین باریطونی حفرہ جات کافی مستقل طور پر پائے جاتے ہیں جن میں لفافنی

اخوری خط کا فٹ بعض اوقات واقع ہوتا ہے (شکل ۱۰۱)۔ اور وہ یہ ہیں: (۱) لفافنی قولونی جو قولون صعودی اور لفافنی کی انتہا کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ اوپر کی طرف ایک شکن سے محدود ہوتا ہے جس میں مقدم اخوری شریان موجود ہوتی ہے۔ (۲) لفافنی اخوری حفرہ جو لفافنی کی انتہا اور اخور کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ سامنے کی طرف بے خون کے (لفافنی اخور) شکن سے اور پیچھے کی طرف ماساریقا اور زائدہ سے محدود ہوتا ہے۔ (۳) پس اخوری حفرہ جو

اعور کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ یہ دائیں جانب پر صعودی ماساریقائے قولون کے نیچے کے سرے سے محدود ہوتا ہے۔

غذائی نلی کے مشمولات کے سفر کی رفتار۔ زندہ انسان کی غذائی

قتال میں بیریم (barium) یا بیسمتھ (bismuth) دار غذا کی حرکات کا مطالعہ کرنے سے اس خیال میں معتد بہ تبدیلی واقع ہو جاتی ہے جو اس حصہ کا مرد میں امتحان کرنے سے امعاء کے متعلق قائم ہو جاتا ہے۔ یہاں جو کچھ بیان کیا گیا ہے وہ زیادہ تر ہرسٹ (Hurst) کے مشاہدات پر مبنی ہے۔ معدہ کے مشمولات کھانا کھانے کے بہت جلد بعد اثناعشری میں گزرنا شروع ہو جاتے ہیں۔ ۱/۴ گھنٹہ میں غذا اعور میں داخل ہونا شروع ہو جاتی ہے، اور یہ تدریجاً پڑھتی جاتی ہے۔ ۱/۲ گھنٹہ میں مشمولات کبدی عوجہ (hepatic flexure) تک پہنچ جاتے ہیں، اور ۱ گھنٹہ میں طحالی عوجہ تک۔ صعودی قولون اور مستعرض قولون کے پہلے حصہ میں براؤ کا سیال حصہ جذب ہو جاتا ہے۔ نزوی صرغی اور حوضی قولون میں مشمولات آہستہ آہستہ سفر کرتے ہیں۔ ۳ گھنٹہ میں غذا ترغی اور حوضی قولون میں پہنچ جاتی ہے۔ قولون کو ہرگز ایک انفعالی نلی تصور نہ کرنا چاہئے، بلکہ یہ ایک فعال عضلی عضو ہے جس کا تعلقی دفعیہ اور انجذاب سے ہے۔

454

قولون (colon)۔ اعور سے لیکر حوضی مستقیقی مقام اتصال تک سوائے کبدی

اور طحالی عوجوں کے جو گہرے واقع ہوتے ہیں دباؤ سے رود تک رسائی ہو سکتی ہے۔ کبدی عوجہ جگر کے نیچے واقع ہوتا ہے اور طحالی خم جو ایک اونچے لیول تک چلا جاتا ہے معدہ کے پیچھے ہوتا ہے (شکل ۲ صفحہ 424)۔ مستعرض قولون کا زیرین کنارہ تقریباً ناف کے لیول پر ہوتا ہے (شکل ۹۲)۔ برازی اجتماع میں قولون کا خاکہ سوائے مذکورہ بالا دونوں عوجوں کے بالوضاحت معین کیا جاسکتا ہے۔ معائے صغیر کے تدرجات میں پیٹ کے نمایاں ترین ابھار کا رجحان سامنے کی طرف اور ناف کے ارد گرد اور اسکے نیچے نمودار ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ معائے کبیر کے تدرجات میں شکم کی سامنے کی طرف بعض اوقات (کم از کم تھوڑے سے عرصہ کے لئے) نسبتاً چپلی رہتی ہے اور ابھار دونوں پہلوؤں اور ناف کے عین اوپر کے خط میں نمایاں ترین ہوتا ہے۔

مستعرض قولون اور صعودی اور نزولی قولونوں کے زیریں دو تہائی حصوں کے سلعات کے حدود خواہ وہ متوسط الحسامت ہی کیوں نہ ہوں، بخوبی معین کئے جاسکتے ہیں اور انفرادی معمولی (intussusception) کے واقعات میں جو ایک عارضہ ہے جبکہ ذکر صفحہ 453 پر کیا جا چکا ہے قولون میں سے تودہ کے آگے بڑھنے کا اکثر سراغ لگایا جاسکتا ہے۔

معائے کبیر کا قطر (باستفائے معائے مستقیم) ۱ عور سے لیکر صرفی قولون تک کم ہوتا جاتا ہے۔ قبل الذکر کا تقریباً ۲ ۱/۲ انچ اور موثر الذکر کا ۱ ۱/۲ انچ ہوتا ہے۔ معائے اس قطعہ کا تنگ ترین حصہ حوضی قولون اور معائے مستقیم کے مقام اتصال پر واقع ہے اور یہ ایک معنی خیز امر ہے کہ یہی مقام ہے جس پر تضیق نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ اس مقام پر حوضی مستقیم عاصری خط (pelvic rectal sphincteric tract) بھی واقع ہوتا ہے۔

اعور سے مزید تک تضیق واقع ہونے کا امکان بڑھتا چلا جاتا ہے۔ نزولی قولون میں تضیق کثرت سے واقع ہوتا ہے اور اس سے کم کثرت کے ساتھ یہ مستعرض قولون میں رونما ہوتا ہے اور صعودی قولون میں یہ مقابلہٴ نادر الوقوع ہوتا ہے۔ رودہ کے غصوں پر تضیق قلیل الوقوع نہیں ہوتے۔

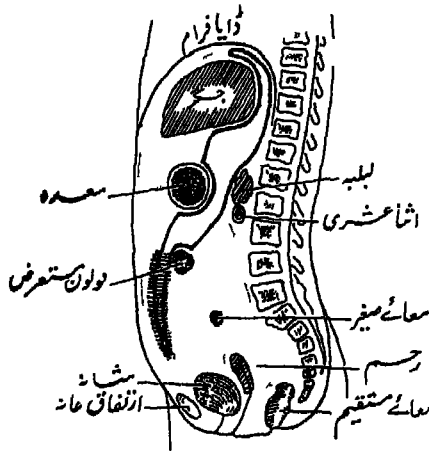
455

قولون کے طولی عضلی ریشے معائے صغیر کی طرح اسکے گرد ایک نلی بنانے کے بجائے تین قورات (taeniae) میں مرتب ہوتے ہیں، جن میں سے ہر ایک ۱ ۱/۲ انچ عرض ہوتا ہے۔ یہ ایک دوسرے سے تقریباً مساوی فاصلہ پر ترتیب یافتہ ہوتے ہیں۔ معائے مستقیم میں طولی عضلہ کا طبقہ پھر مکمل ہو جاتا ہے اگرچہ پیچھے کی طرف اغور تک ان بندوں کا تعاقب کیا جائے تو یہ تینوں کے تینوں بند زائدہ کے قاعدہ پر ختم ہو جاتے ہیں۔ مگر قولون صعودی کا مقدم داخلی قور زائدہ تک راست ترین راستہ اختیار کرتا ہے اور اسلئے جراح اس جتنا کوتلاش کرتے وقت اس سے رہنما کا کام لیتے ہیں۔ چونکہ قور قولون سے اسکے چھٹے حصہ کے برابر چھوٹے ہوتے ہیں اس لئے رودہ کی دیواریں سٹی ہوتی ہیں جسکی وجہ سے ناچکوں کا ایک سلسلہ پایا جاتا ہے جو قورات کے درمیان میں قطاروں میں مرتب ہوتا ہے۔

لے دیکھو معمولی تودہ (Intestinal Obstruction) مؤلفہ سرفرڈینک ٹریویزن لندن ۱۸۹۰ء۔

مزید بر آں قولون اپنے تمام طول میں زوائید مربی (appendices epiploica) کے موجود ہونے سے ہمیز ہوتی ہے، جو معائے صغیر اور اعلیٰ معائے مستقیم پر موجود نہیں ہوتے۔ یہ چربی کے چھوٹے چھوٹے ٹوڑے ہوتے ہیں جو باریطونی طبقہ کے چھوٹے چھوٹے تاپوں سے ملبوس ہوتے ہیں۔

بالغ میں قولون معدوی کا طول اعمور کی نوک سے لیکر کبدی عوجہ (hepatic flexure) تک ۵ سے لیکر ۸ انچ تک ہوتا ہے اور قولون نزولی کا طول طحالی عوجہ (456



شکل ۱۰۳۔ شکم کی سہمی تراش جو مستعرض قولون کے تعلقات اور معدہ اور لہلیہ کو ظاہر کرتی ہے۔

(splenic flexure) سے لیکر حقیقی عرف تک اس سے ذرا کم ہوتا ہے۔ مستعرض قولون کا طول مختلف ہوتا ہے، لیکن اسکی اوسط پیمائش ۲۰ انچ ہوتی ہے۔ اعمور کے گرد باریطونی پوشش مکمل ہوتی ہے لیکن قولون معدوی کے صرف مقدم اور جانبی رخ ہی اس سے بالعموم ملبوس ہوتے ہیں۔ مگر ۲۶ فیصدی واقعات میں (ٹریویر Treves)

قولون صعودی کے لئے یہ ایک چھوٹی سی ماسا ریفائے قولون (۳ انچ) بھی بناتی ہے۔ یہ ماسا ریفقا عام طور پر اسقدر چھوٹی ہوتی ہے کہ رودہ کا یہ حصہ شکم کے زخم سے باہر نہیں نکالا جاسکتا۔ اس قسم کی ماسا ریفائے قولون کا زیریں حصہ بعض اوقات دو شاخہ ہوتا ہے اور اس سے ایک ”اصبعی“ (digital) حفرہ بن جاتا ہے جس میں دورانِ علیہ میں گاہے گاہے زائدہ کی نوک ٹپائی جاتی ہے۔ کبدی قولون کی باریطونی ترتیب صعودی قولون کی باریطونی ترتیب کے مشابہ ہوتی ہے۔ مستعرض قولون کی ماسا ریفقا کی چسپیدگی بلبہ کی مقدمہ سطح کو عبور کرتی ہے۔ مستعرض قولون کے جو تعلقات معدہ اور بلبہ سے ہیں وہ شکل ۱۰۳ کو دیکھنے سے نہایت آسانی سے سمجھ میں آجاتے ہیں۔ ٹیپیکل جنینی ترتیب کی سہمی تراش کے خاکہ کو ظاہر کرتی ہے۔ بہر حال بالغ میں انضماماً ثرب کبیر کے کہف کے اس حصہ کو جس پر شکل میں متقاطع متوازی خط کیسے گئے ہیں منطس کریتے ہیں تاچہ صغیر کا خاکہ سیاہ ہے اور اکبر کا سرخ۔

457

تقریباً صرف ۳۶ فیصدی واقعات میں قولون نزولی کی ماسا ریفائے قولون ہوتی ہے (ٹریوین: Treves)۔ جنینی زندگی کے پانچویں ہفتہ تک اسکی ماسا ریفقا ہوتی ہے مگر اسکے بعد یہ غائب ہو جاتی ہے۔

۹۰ فیصدی واقعات میں لفائفی حوضی قولون کے حوضی حصہ کی ماسا ریفقا نہیں ہوتی۔ بقیہ ۱۰ فیصدی میں ایک چھوٹی سی ماسا ریفقا موجود ہوتی ہے۔ لیکن حوضی قولون علیین اور پیسے کی شکل کی ماسا ریفقا کے حاشیہ پر جو حرکت کے لئے معتدبہ وسعت کی اجازت دیتی ہے آزاد طور پر واقع ہوتی ہے۔ اس ماسا ریفائے قولون کا قاعدہ اس کے قولونی حاشیہ کے مقابلہ میں چھوٹا ہوتا ہے۔ معائے مستقیم کے باریطونی تعلقات پر صفحہ 542 پر بحث کی گئی ہے۔

قولون صعودی کا رخ صلب میں عمودی ہوتا ہے اور پھر یہ دائیں گردہ کے بیرونی حاشیہ کے گرد گھوم کر جگر کے قریب دائیں یا کبدی حوضہ پر ختم کھا جاتی ہے۔ اس کا طول ۵ سے لیکر ۸ انچ تک ہوتا ہے۔ مگر بعض اوقات اس سے بھی بہت کم ہوتا ہے۔ الہتاب زائدہ (appendicitis) کے لئے علیہ کرنے کے دوران میں گاہے گاہے یہ حالت پائی جاتی ہے کہ

ناقص نموی نزول کی وجہ سے لٹائنی اعجری خط صلب میں اتنا اونچا واقع ہوتا ہے کہ اگر وہ کئے نزدیک ہوتا ہے یا جگر کے نیچے بھی واقع ہوتا ہے۔ پیچھے کی طرف نیچے سے نیچر اوپر تک صعودی قدوں میں، مثلاً حرقضہ (iliacus) اور عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) اور گردہ کے زیرین قطب سے علاقہ رکھتی ہے۔

دائیں یا کبدی عوج سے منفرج یا حاد خم بنتا ہے، مگر انکا زاویہ طالی عوج کے

زاویہ سے کم حاد ہوتا ہے۔ اسکی وسطانی جانب پر اثنا عشری کا دوسرا حصہ ہوتا ہے اور اس کے باہر کی طرف جگر کی کوریاشنم کی جانبی دیوار ہوتی ہے۔ اوپر کی طرف یہ جگر سے ملتا ہے اور پیچھے کی طرف یہ گردہ پر واقع ہوتا ہے۔

قولون مستعرض شکم کی ایک طرف سے دوسری طرف کو ایک طویل اور پیدائیز

کی شکل میں جاتی ہے۔ پہلے یہ اثنا عشری کے دوسرے حصہ کو عبور کرتی ہے اور یہاں اس کی ماسا ریتائے قولون چھوٹی ہوتی ہے اور بعض اوقات نہیں بھی ہوتی۔ لیکن اس کے بعد اسکی ماسا ریتا کا طول اسکو معائے صغیر پر سے آزادانہ ٹھسک جانے کی اجازت دیتا ہے۔ غیر نمشی واقعات میں جن میں شکمی عضلات کا سہارا کمزور ہوتا ہے یہ بعض اوقات ارتفاق مانہ (symphysis pubis) تک پہنچ جاتی ہے۔ بائیں جانب پر یہ پھر چھوٹی ہو جاتی ہے اور اسلئے مستعرض قولون بلبہ کی دم کے قریب واقع ہوتی ہے، جس کے ساتھ ساتھ یہ معدہ کے نیچے سے لیکر طالی کے زیرین قطب تک جاتی ہے۔ رودہ کے اس حصہ میں خوں کا ایک سلسلہ دکھائی دیتا ہے اور دو خم خصوصیت کے ساتھ پائے جاتے ہیں جن میں سے ایک اسکی ابتدا پر اور دوسرا اسکی انتہا پر واقع ہوتا ہے (شکل ۹۳ صفحہ 424)۔

قولون مستعرض کا دایاں حصہ مرارہ سے ایک قریبی تعلق رکھتا ہے اور موت کے بعد یہ بالعموم صفر سے ملون پایا جاتا ہے۔ ایسے واقعات بھی دیکھنے میں آچکے ہیں جن میں مرارہ میں لگنے موجود تھے اور مرارہ کی دیواریں دباؤ سے مستعرض ہو گئی تھیں اور تقرح ماتحت مستعرض قولون پر اثر انداز ہو گیا تھا اور اس طرح مرارہ اور رودہ کے درمیان ایک نامور بگیا تھا جس پر اسے

بڑے بڑے سنگریزے خارج ہوتے تھے۔ مزید برآں کبدی خراجات اکثر مستعرض قولون میں خالی ہو چکے ہیں۔ اور مستعرض قولون اکثر سریفتق میں چلی جاتی ہے اور سورراخ و نسلو (Winslow) (شرابی سورراخ) میں جو فتق واقع ہوتا ہے اسکے کئی ایک واقعات میں یہ متاثر ہوتی ہے۔

بایاں یا طحالی عوجہ مراق (hypochondrium) میں طحال کے زیرین
قطب پر ایک زاویہ عادیہ بناتا ہے۔ یہ معدہ کے پیچھے گہرا واقع ہوتا ہے اور کبدی عوجہ کی نسبت بلند لیول پر ہوتا ہے۔ باریطون کا مثلث شکل کا ایک شلف (shelf) یعنی ڈایا فرامی قولونی رباط اس عوجہ سے لیکر باہر کی طرف کو ڈایا فرام تک جاتا ہے۔ یہ طحال کو سہارا دیتا ہے اور اس عوجہ کو مثبت رکھتا ہے۔

قولون نزولی (descending colon) حرقفی عرف کے بالمقابل حرقفی
قولون میں تبدیل ہو کر ختم ہو جاتی ہے۔ یہ ۴ تا ۶ انچ لمبی ہوتی ہے اور قولون صعودی سے یقینی طور پر تنگ ہوتی ہے۔ یہ بائیں گردہ کے بیرونی کنارہ کے گرد نیچے کی اور اندر کی جانب کو گھوم جاتی ہے اور پھر عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) اور عضلہ خصریہ (psoas muscle) کے درمیانی زاویہ تک نیچے کی طرف کو سیدھی چلی جاتی ہے (شکل ۱۰۵)۔ ٹریویز (Treves) کے مطابق صرف ۳۶ فیصدی واقعات میں اسکی ماساریقا ہوتی ہے۔

حرقفی قولون (iliac colon) بھی ماساریقا سے بالعموم میرا ہوتی ہے
(۹۰ فیصدی)۔ یہ عضلہ حرقفیہ خصریہ (ilio-psoas) اور بائیں حالب اور بائیں منوی عروق اور حرقفی عصب کو عبور کرتی ہوئی حرقفی عرف سے ۵-۶ انچ تک اندر کی طرف کو چلی جاتی ہے اور عرض کی کمر پر حوضی قولون میں تبدیل ہو کر ختم ہو جاتی ہے۔

459

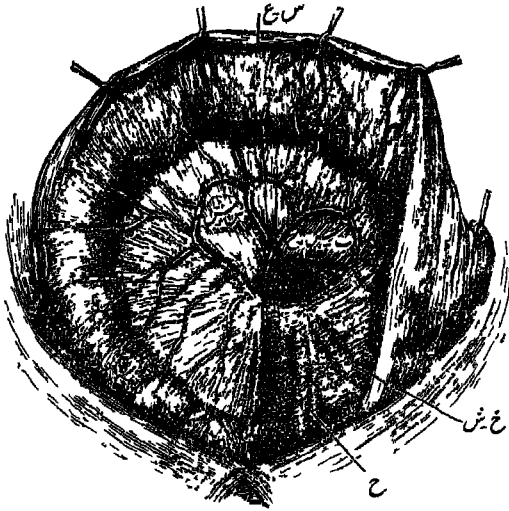
حوضی قولون (pelvic colon) بائیں عضلہ خصریہ (psoas) کی اندرونی
کو پر شروع ہوتی ہے اور خارجی حرقفی عروق کو عبور کرنے کے بعد ایک اختلاف پذیر مداخلت کر لیتی ہے۔

یہ حوضی اس سے عام طور پر بائیں جانب سے دائیں جانب کو گذرتی ہے اور پھر ایک چنبر کی شکل میں پیچھے کو جا کر حوض کے موٹو حصہ میں پہنچ جاتی ہے۔ تیسرے معجزی فقرہ کے یوں پر خط وسطیٰ کی عین بائیں جانب پر کے ایک نقطہ پر پہنچنے کے بعد یہ خم کھا کر معائنے مستقیم میں ختم ہو جاتی ہے۔ اس کا اختتام تین خصائص سے میز ہوتا ہے :- (۱) یہاں اسکے قطر میں ایک انقباض پایا جاتا ہے۔ حوضی مستیقی عاصری خط (pelvi-rectal sphincteric tract) (۲) باریطون قولون کو مکمل طور پر ملفوف نہیں کرتا اور صادق ماساریقا نہیں بناتا۔ (۳) تینوں طولی قور (longitudinal tæniæ) پھیل کر ایک علیحدہ طولی عضلی طبقہ بنا دیتے ہیں۔ ٹریویر (Treves) پہلا شخص تھا جس نے حوضی قولون کو قولونی خط کے طور پر تمیز کیا اور اس کو "او میگما چنبر" (omega loop) کے نام سے موسوم کیا کیونکہ یہ بڑے او میگا Ω کے مشابہ ہوتا ہے۔ اگرچہ اسکا نام "حوضی قولون" رکھ دیا گیا ہے مگر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ جنین اور بچہ میں یہ حوضی نہیں ہوتا بلکہ اسکا محل فوق حوضی ہوتا ہے اکثر کوگما چنبر (sigmoid loop) بھی کہا جاتا ہے۔ اس چنبر کا اوسط طول بالغوں میں ۱۷ انچ ہوتا ہے اور اسکے دونوں سرے تقریباً ۳ یا ۴ انچ کے فاصلہ پر ہوتے ہیں۔ اگر یہ سرے ایک دوسرے کے قریب ہو جائیں جیسا کہ سگما (sigmoid) قولون کی ماساریقا کی جڑ پر کے قابض التهاب باریطون میں ہوتا ہے تو ایک قسم کا ساقچہ بن جاتا ہے جس پر سے چنبر آسانی سے کھاجاتا ہے۔ روده کا اس قسم کا بلی حوضی قولون یا چکر فٹلک (volvulus) کہلاتا ہے اور یہاں یہ بھی کہا جاسکتا ہے کہ فٹلک معار (volvulus) اس چنبر میں غذائی قتال کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے۔

حوضی قولون کی ماساریقا کا خط چسپیدگی بائیں عضلہ خصر (psaos muscle) اور حرقفی عروق کو انکی دو شاخگی کے قریب عبور کرتا ہے اسکے بعد یہ دفعہ نیچے کی طرف کو مڑ جاتا ہے اور تقریباً عموداً جا کر خط وسطیٰ پر ختم ہو جاتا ہے۔ اس ماساریقا کے قولون کی بائیں دیوار میں اس مقام کے نزدیک جہاں یہ حرقفی عروق کے اوپر واقع ہوتی ہے بعض اوقات ایک حفرہ پایا جاتا ہے۔ یہ گمنا مائٹریان (sigmoid artery) سے پیدا ہوتا ہے اور اسکی گہرائی تقریباً ۱۷ انچ ہوتی ہے۔ یہ بین گمنا مائٹریان (intersigmoid fossa) کہلاتا ہے اور گمنا مائٹریان (sigmoid hernia) کا محل وقوع ہوتا ہے۔ اس حفرہ میں مخنوق فوق کے پسے جانے کے

واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے۔

جب حوضی قولون خالی ہوتی ہے تو یہ طبعی طور پر عرض کو گھیرے ہوتی ہے۔ ممتد ہو کر رودہ کا یہ حصہ بعض اوقات اتنا زیادہ متسع ہو جاتا ہے کہ جگہ تک پہنچ جاتا ہے۔ غیر معمولی اتساع کی خاص خاص مثالیں اسی چہرے سے تعلق رکھتی ہیں جیسا کہ کھانی قولون (megacolon) یا مرض ہرش سپرنگ (Hirschsprung's disease) میں ہوتا ہے جس میں اگر عین طبعی طبقہ میں بظاہر



شکل ۱۰۴۔ سلگمانا عجوبہ (حوضی قولون) میں سلگمانائی حفرہ کو دکھانے کے لئے اوپر اٹھا دیا گیا ہے۔ (جونیسکو: Jonnesco)

س ع۔ سلگمانا عجوبہ۔ س مش۔ سلگمانا شریان۔ ج س ح۔ میں سلگمانائی حفرہ۔ خ مش۔ خارجی حرقنی شریان۔ ح۔ غالب جو اندرونی حرقنی عروق کے سامنے ہے۔

اتساع اور بیش پرورش ایک غیر معمولی درجہ تک پائی جاتی ہے مگر اس قسم کے طبقات میں قوت انقباض موجود نہیں ہوتی۔ برازی مادے حوضی قولون کے بعد ہی حصہ میں اکثر ٹھہرے رہتے ہیں اور اس عمل پر

بعض معوی کٹکریاں بھی پائی جاتی ہیں۔

سرفریڈریک ٹریوےز (Sir Fredrick Treves) نے تجربہ سے اس امر کا مظاہرہ کیا تھا کہ جب مبرز میں سے "کبھی نلی" داخل کیجاتی ہے تو معمولی حالتوں اور امعاء کی طبعی تیب میں یہ سگما نما عصب سے آگے نہیں گزاری جاسکتی۔ لیکن بیریم (barium) کا ایک غیر شفاف حقہ شمعاع نگاری سے اعوز تک پہنچا ہوا دکھائی دے سکتا ہے۔

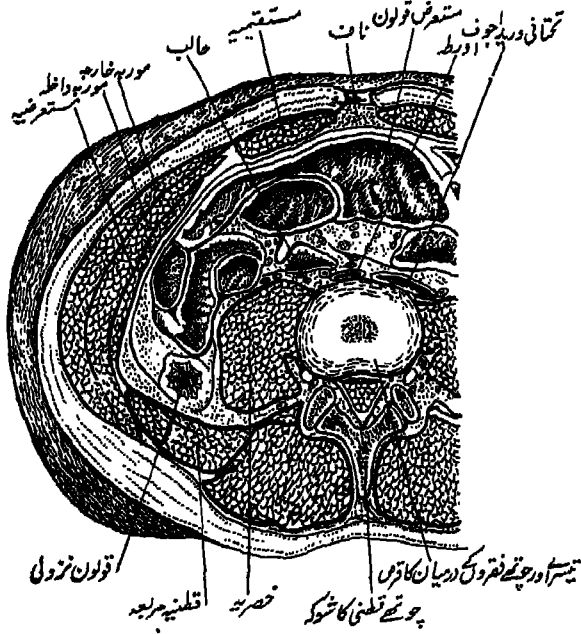
معائے مستقیم کے خلقی فقدان یا نقص میں حوضی قولون — بعض حالتوں میں ترقعی قولون — جن ران میں کھول دی جاتی ہے اور یہاں ایک مصنوعی مبرز بنادی جاتی ہے۔ کہا گیا ہے کہ خلقی تبدیلی کے واقعات میں حوضی قولون کے غیر یقینی محل کی وجہ سے ایک وقت پیش آتی ہے کیونکہ بعض اوقات یہ حوض میں دائیں جانب پڑھتی ہے، اور بعض اوقات خط وسطی پر۔ مگر ان محلات پر یہ شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے۔ کم عمر شیرخوار بچوں کے ۱۰۰ بعد الموت امتحانات میں کرنگ (Curling) کو یہ چنبر ۸۵ واقعات میں بائیں جانب پڑھا۔ ۱۰ بچوں میں سے جن پر غیر منتقب مبرز (imperforate anus) کے لئے عمل کیا گیا تھا یہ چنبر صرف ایک واقعہ میں بائیں حفرہ میں ملا تھا (Montgomery)۔

حرقی اور حوضی قولونین اکثر مخاطی طبقہ کے مضاعف عطفات کا محل ہوتی

ہیں۔ یہ عطفات ان مقامات پر واقع ہوتے ہیں جن پر عروق یا تورورہ میں داخل ہوتے ہیں اور یا ان سے باہر نکلتے ہیں۔ اس طرح عضلی طبقہ میں کمزور مقامات پیدا ہو جاتے ہیں جنہیں سے مخاطی طبقہ کے چھوٹے چھوٹے فتوق یا عطفات محل آتے ہیں اور وائڈنبر (appendices epiploicæ) اور ماساریقا کی جڑیں بروز کرتے ہیں۔ قولون کا یہ حصہ براز کے لئے بطور ایک ظرف کے کام دیتا ہے اور یہ ہمیشہ تنشی طور پر منقبض رہتا ہے اور شاید یہی وجہ ہے کہ حوضی قولون میں رودہ کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت یہ عطفات اکثر پائے جاتے ہیں۔ ان عطفات کا مظاہرہ غیر شفاف حقہ دینے کے بعد شمعاع نگاری سے کبدی عصب تک اور اسکے اوپر تک بھی کیا جاسکتا ہے۔ لیکن یہ حرقی حوضی قولون میں سب سے زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں، اور بعض اوقات ان اشقاب واقع ہو جاتے ہیں اور التهاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے جو گاہے گاہے متتر ہوتا ہے

لیکن کیفیت انضمامات اسے اکثر مذکور دیتے ہیں۔ اس طرح روده کا تسدید پیدا ہوتا ہے اور گرد قولونی نرواجات بنتے ہیں۔

حرقی یا اربی قولون شگافی (iliac or inguinal colotomy)



شکل ۱۰۵۔ ناف کے لیول پر جسم میں سے افقی تراشش۔
(برائے Braune کے مطابق۔)

اس عمل میں جو بہت عام اور عمدہ اور سادہ عملیہ ہے حوضی قولون کو بائیں حرقی خطہ میں محرک کر کے کھول دیا جاتا ہے۔ شوکی تری خط سے قائمہ زاویہ پر اور مقدم فوقانی حرقی شوکہ سے تقریباً ۱/۴ انچ کے فاصلہ پر کوئی ۲ انچ لمبا شگاف دیکر عضلات کاٹ دئے جاتے ہیں۔ شکم کے

463

تینوں عضلات (شکل ۱۰۵) اور باریٹون کا ٹٹنے کے بعد حوضی عوجہ کا چہرہ زخم میں لایا جاتا ہے اور محفوظ کرنے کے بعد (اسی وقت یا کچھ عرصہ بعد) کھول دیا جاتا ہے۔ عمیق منحن (deep circumflex) شریان کی صعودی شاخ خط شکاف کو کاٹتی ہوئی گذرتی ہے۔ یا شکاف عضلہ مستقیمہ میں سے بھی دیا جاسکتا ہے۔ اگر یہ مقصود ہو کہ قولونی تغویہ (colostomy) مستقل ہو تو مریض کے آرام کا انحصار دہنہ پر کی عاصری ترتیب کے کارگر ہونے پر ہوگا۔ اور اس کے لئے (۱) ماساریقائے قولون کے فتح میں سے دیوار شکم کو اسکی تمام دہازت میں سے ٹانگے لگا کر جوڑنا چاہئے۔ (۲) اوپر کی جانب رودہ میں کوئی ڈھیلا پن موجود نہ ہو جس سے یہ سقوط یافتہ ہو سکے (۳) براز کو نیچے کی بجائے باہر کی طرف منصرف کرنے کے لئے اچھا ہمار موجود ہونا چاہئے اور اس کے لئے بہترین طریقہ یہ ہے کہ ابتدائی عملیہ کے دس دن بعد رودہ کے برون شکی چہرہ کو مکمل طور پر دور کر دیا جائے۔ (۴) شکاف ۲ انچ سے بہت زیادہ لمبا نہ ہونا چاہئے۔

احور دائیں جانب پر کھولی جاسکتی ہے (احوری تغویہ: caecostomy)۔ اور مزورون شکاف بالعموم وہ ہوتا ہے جو عمیق برصعدی شریان کے باہر کی طرف ترچھا دیا جاتا ہے۔ علاوہ ازیں زائدہ کو بھی کھول کر اس شکاف کے ساتھ جو بن ران میں واقع ہوتا ہے ٹانکا جسا چکا ہے (زائدی تغویہ: appendicostomy) زائدہ کے اندر کے فتح سے احور اور قولون کی آبیاری کی جاسکتی ہے اور ان کو دھویا جاسکتا ہے۔

قولون پر آرمی (colectomy) قولون کے ایک حصہ کا یا سارے قولون کا استیصال کرنے پر مشتمل ہے۔ احور اور بقیہ امعائے کبیر کے کافی طویل ٹکڑے دور کئے جاسکتے ہیں۔ جزوی استیصال سے سرطان قولون کا علاج کرنے میں معتد بہ کامیابی ہوتی ہے۔

معمولی تفہم (intestinal anastomosis) یا قصر دور (short-circuiting) کا عملیہ قولون پر اکثر کیا جاتا ہے۔ چنانچہ قولون نزولی کے تسدر میں جس کا ازالہ ناممکن ہو مستعرض قولون کو لگایا (sigmoid) عوجہ سے متحد کیا جاسکتا ہے۔

قولون کی مصلحتی تشوہات - جن میں امعائے سفیر ایک وقت شکم کی دائیں جانب کو

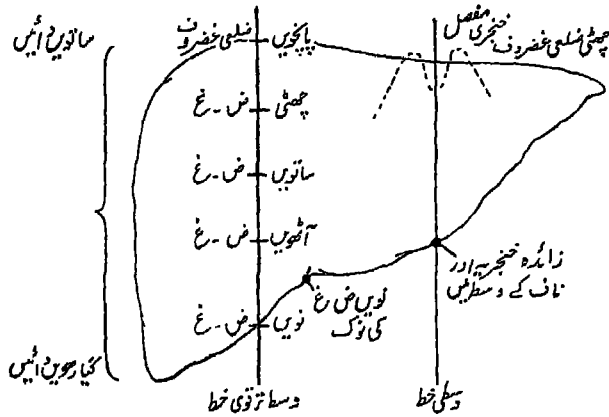
گھیرے ہوتی ہے اور معائے کبیر ایک سپر صیغی کی قسم کی شکل ہوتی ہے جو بائیں جانب پر ناف کے خط سے لیکر حوض تک عموداً جاتی ہے۔ اعور اول اول ناف میں واقع ہوتی ہے اور پھر یہ شکم میں بائیں مراق کی طرف اوپر کی جانب کو چڑھ جاتی ہے۔ بعد ازاں یہ دائیں مراق کی طرف کو مستعرض رخ میں چلی جاتی ہے اور پھر متناظر حرقفی حفرہ میں اتر جاتی ہے اور یہ اپنے عمر کے کسی حصہ میں بھی مستقل محسوس رہ سکتی ہے۔ چنانچہ اسے بعض اوقات ناف کے ارد گرد یا کسی خلطی سری فتق میں یا بائیں مراقی خط میں پائی جاتی ہے (کیونکہ قولون کے صعودی اور مستعرض حصے موجود نہیں ہوتے)۔ نیز یہ دائیں مراق میں بھی پائی جاسکتی ہے اور اس حالت میں صرف قولون صعودی ہی غائب ہوتی ہے۔

تمام معائے کبیر کی ایک نہ ایک وقت ماسارینا بھی ہوتی ہے اور بعض شاذ شاذ حالتوں میں یہ عم بھر ہو قرار بھی رہتی ہے۔ اسکے موجود رہنے کی حالت میں قلمتہ معاً (valvulus) کی ایک قسم پیدا ہو جاتی ہے۔

465

باب نوزد ہیم دوسرے کی احتشاء

جگر (liver) جگر کی شکل ڈایا فرام کی حجاب کے مطابق ڈھلی ہوتی ہے، اور یہ معدہ کے کچھ حصہ کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ اگر صحیح صحیح کہا جائے تو اسکی صرف دو سطحیں ہی ہیں۔ ایک

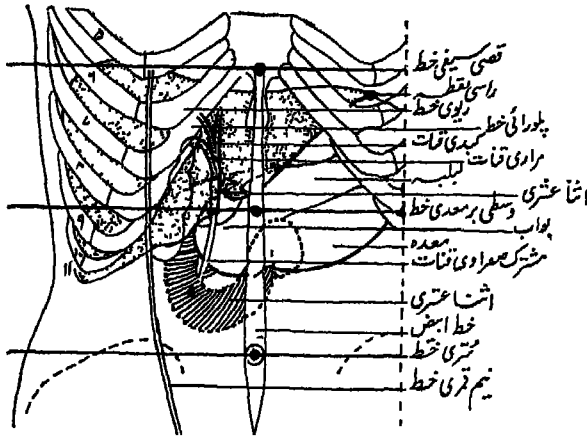


شکل ۱۰۶ جگر کے محل وقوع کو ظاہر کرتی ہے۔

احتشانی سطح جو کھڑے ہونے کی حالت میں معدہ اور آٹنا عشری اور معدی کبدی ثریب اور

بلیبہ کی گردن اور قولون کے کبدی عصب اور دائیں گردہ اور دائیں جگر پر متکثر ہوتی ہے۔ ایک جدار کی سطح جو ڈایا فرام اور پیٹ کی مقدم دیوار سے تحت ضلعی زاویہ میں مٹ کر جاتی ہے۔ اگر اسے سامنے کی طرف سے دیکھا جائے تو اسکا خاکہ مثلث دکھائی دیتا ہے اور اس کا راس قلب کے راس کے قریب نظر آتا ہے۔ اس کا بالائی کنارہ اس خط سے بہترین طور پر ظاہر کیا جاتا ہے جو قلب کی راسی ضرب سے شروع ہو کر (شکل ۱۰۷) خط وسطی کو قصبی سیفی (sterno-ensiform) نقطہ سے پہنچے گا تاہو گذرے۔ یہ کنارہ حلی خط پر پہنچ کر قصبی سیفی مستوی کے

466



فصل ۱۰۷ جگر اور مرارہ اور صفراوی قناتوں اور بلیبہ کے محل وقوع کو ظاہر کرتی ہے۔ پلورا اور پھیپھڑے کے زیرین حدود ظاہر کئے گئے ہیں۔

لیول تک اوپر اٹھ جاتا ہے۔ زیرین کنارہ راسی ضرب سے شروع ہوتا ہے اور خط وسطی کو وسطی برآمدی نقطہ سے تقریباً ایک انچ اوپر کاتا ہوا عضلہ استقیمہ کے بیرونی کنارہ پر ضلعی حاشیہ تک پہنچ جاتا ہے اور اس کے زیرین کنارہ کا بقیہ حصہ گیارہویں سپل کی نوک تک ضلعی حاشیہ کا تناظر ہوتا ہے۔ جگر اس سپل کے زیرین حاشیہ کے ساتھ ساتھ دائیں گردہ سے مل جاتا ہے۔

جراحی مقاصد کے لئے یہ تصور کیا جاسکتا ہے کہ جگر دائیں مراق میں تین منطبقوں سے بنا ہوا ہے۔ ایک بالائی یا ریوی، ایک درمیانی یا پورائی، ایک زیرین یا ڈایا فسرائی (شکل ۱۰۷)۔ زیرین خط میں جو وسطیٰ بغلی خط میں ۱/۲ تا ۲/۳ چوڑا ہوتا ہے جگر میں ٹھکانا دیا جاسکتا ہے یا اس کا استقصا کیا جاسکتا ہے۔ وسطیٰ منطقہ میں جس کا عرض اتنا ہی ہوتا ہے پورائی انعکاس پایا جاتا ہے۔ کھڑے ہونے کی حالت میں نیچے کی کور دائیں جانب ضلعی غصروں کے حاشیوں سے ۱/۲ یا ۱/۳ نیچے ہوتی ہے۔ لیٹنے کی حالت میں جگر تقریباً ایک انچ اوپر چڑھ جاتا ہے اور سوائے تحت ضلعی زاویہ کے پسلیوں سے تمام پوشیدہ ہو جاتا ہے۔ مزید برآں یہ زیرین بھی اوپر چڑھ جاتا ہے اور شہن میں نیچے چلا جاتا ہے۔

مرارہ (gall-bladder) کا قعر نوں ضلعی غصروف کے نیچے دائیں عضلہ مستقیمہ کے بیرونی کنارہ کے قریب سطح کے نزدیک پہنچتا ہے (شکل ۱۰۷)۔ اس کا محل نہایت اختلاف پذیر ہے اور یہ اکثر مذکورہ بالا محل سے کافی نیچے اور باہر کی جانب واقع ہوتا ہے۔

جگر کی شکل اوپر کی طرف ڈایا فرام اور نیچے کی طرف شبکی اعضاء سے برقرار رہتی ہے اور یہ انہی کے مطابق ڈھلا ہوتا ہے۔ جب اسے جسم سے علیحدہ کر لیا جاتا ہے تو اس کی سابقہ میری کا غائب ہو جاتی ہے۔ اس کی شکل میں بہت سے اختلافات پائے جاتے ہیں۔ ان میں سے عام ترین ایک زبان نما زائدہ (linguiform process) ہے (اسے اکثر ریڈل کے لغت Riedel's lobe کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے) جو دسویں ضلعی غصروف کے نیچے دائیں سمت کے حاشیہ سے باہر کو نکلا ہوتا ہے۔ یہ عورتوں میں مردوں کی نسبت زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے اور غلطی سے سائب گردہ (floating kidney) یا ٹھکی سلحہ تصور کر لیا جاتا ہے۔

جو حالت استرخائے جگر (ptosis of the liver) کے نام سے مشہور

ہے اس میں اس کی بالائی سطح ڈایا فرام کے گنبد میں آگے کی طرف کو پھیل جاتی ہے اور اس کا زیرین کنارہ بعض اوقات ناف کے لیول تک نیچے اتر آتا ہے یا حرقفی حفرہ تک پہنچ جاتا ہے (شکل ۱۱۲ صفحہ ۴۲۵)۔ مزید برآں اس نزوں کے ساتھ ہی اس سے مستعرض محور میں گردش پایا واقع ہو جاتی ہے، جس سے اس کی ڈایا فرامی سطح تقریباً مکمل طور پر سامنے کی طرف آ جاتی ہے۔

ایسی حالت میں ان اسباب پر غور کرنا ضروری ہے جو جگر کو اپنے محل پر قائم رکھتے ہیں اور یہ مندرجہ ذیل ہیں۔ (۱) جگر کی وہ مثبتیت جو وریدا جوف نختانی (inferior vena cava) اور اس لیفی بافت کے ذریعہ سے ڈایا فرام کے ساتھ ہوتی ہے جو اس ورید کے قریب وجہ میں دائیں لختہ کی غیر باریطونی موخر (خمری) سطح پر ہوتی ہے۔ اس چسپیدگی کو ماسا لیفائیٹیک جگر (mesohepar) کے نام سے تمیز کرنا مناسب ہے۔ (۲) وہ باریطونی خطن بھی جو دائیں اور بائیں جانبی (منشی) اور اگیلی (coronary) اور ہنیا محسل (falciform) بالاطات پر مشتمل ہوتے ہیں اسکو ڈایا فرام سے چسپیدہ کرتے ہیں۔ شیٹن ڈھیلے ہوتے ہیں تاکہ جگر کی وہ حرکتیں جو دوران نفس اور معدہ کے پُر اور خالی ہونے کے وقت ظہور پذیر ہوتی ہیں آزادانہ واقع ہو سکیں۔ (۳) عضلی شکی دیواریں جو دوسرے شکی استخوان کو جگر کی زیرین سطح کے بالمقابل مسلسل دبائے رکھتی ہیں، جگر کو اپنے محل پر قرار رکھنے کا ایک خاص ذریعہ ہیں۔ ۴۰ سال سے زیادہ عمر کی بہت سی عورتوں میں جگر کا زیرین لختہ گیارہویں پسلی کے نیچے سے پورا دو انچ نکلا ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ بچوں میں ہوتا ہے بائیں لختہ کا سراطحال کے بالائی حصہ سے سس کو تاجہ یا اس پر متر اکب بھی ہوتا ہے۔ ہر ایک شکی حشا کی نسبت جگر کو فٹگیوں سے زیادہ کثرت سے منشق ہوتا ہے۔ اور اس امر کی توجیہ اسکی جسامت کے بڑے ہونے اور اس کے محل کے مقابلہ مثبت اور اس کی ساخت کے چھوٹک ہونے اور اس کے عروق میں خون کی بہت سی مقدار موجود ہونے سے ہوتی ہے۔ اگر طبعی جگر کی وریدوں میں بطینی وباؤں پر اثر کیا جائے تو اس میں اس کے ہم وزن خون کی گجائش ہو جائے گی (سیلیٹین Salaman)۔ اس قسم کی ضربوں میں موت بالعموم نرف سے واقع ہوتی ہے، کیونکہ بابی اور کبدی وریدوں کی دیواریں جو جرم جگر میں ضم ہوتی ہیں باز کشیدہ یا مہبوط یافتہ نہیں ہو سکتیں۔ مزید برآں کبدی وریدیں وریدا جوف میں بلا واسطہ کھلتی ہیں۔ اور چونکہ ان میں مصاریع نہیں ہوتے اس لئے اگر خون کی رو میں کسی قسم کی مراجعت نمودار ہو تو ان میں سے خون کی بہت زیادہ مقدار نکل جاتی ہے۔ کبدی عروق کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں اور سوائے مدفون دوختوں کے ان کو باندھنا تقریباً ناممکن ہوتا ہے۔ باریطونی طبقہ کو ضرر پہنچنے کے بغیر جگر کا منشق ہونا ممکن ہے اور ایسے تضرعات سے بعض اوقات شرفا جلد حاصل ہو جاتی ہے۔ جگر کے پیچھے کی طرف ایک کافی وسیع غیر باریطونی سطح

ہوتی ہے جس پر اشتقاق یا زخم کہنے شکم میں وہاں بدری ہوئے بغیر واقع ہو سکتا ہے۔ جگر کا جو تعلق دائیں طرف کی پیچے کی پسلیوں کے ساتھ ہوتا ہے اس سے یہ ظاہر ہے کہ اس حشا کو پسلیوں کے کسر میں نقصان پہنچ سکتا ہے، اور بعض حالتوں میں ہڈیوں کے شکستہ سرے ڈایا فرام میں سے گزر کر جرم جگر میں گھس گئے ہیں۔ نیز دائیں طرف کی چھٹی اور ساتویں بین فضاؤں پر کی ہولیس جو جگر کے خطہ پر واقع ہوں پھیمپٹھے اور جگر کو زخمی کر دیتی ہیں اور ڈایا فرام پر اثر انداز ہوتی ہیں اور پورائی اور باریطونی دونوں کہفوں کو کھول دیتی ہیں۔

جگر کے تعلقات پر ایک نظر ڈالنے سے یہ آسانی سمجھ میں آجائے گا کہ کبھی خراج پلورا اور بعض اوقات پھیمپٹھے میں بھی کھل سکتا ہے، جس سے خشک آلوچہ کی رنگت کا باساق جو متکسر جگر پر مشتمل ہوتا ہے بذریعہ نفث خارج ہوتا ہے۔ مزید براں کبھی خراج رودہ میں یا سطح جسم پر بھی پھٹ جاتا ہے۔ ایسے خراج شاذ ناذ مثالوں میں معدہ میں بھی کھل چکے ہیں۔ جگر میں نفیج الدم کا ثانوی خراج بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے اور برائنٹ (Bryant) کے اعداد و شمار کے مطابق اس حشا میں کسی دوسرے حصہ جسم کے تضررات کی نسبت سر کے تضررات کے بعد خراجات زیادہ کثرت سے واقع ہوتے ہیں۔ بولی اعضا کے عوارض کے بعد جو نفیج الدم پیدا ہوتا ہے اس میں یہ شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں۔ اور احتراقات کے بعد

نفیج الدم میں بھی یہ اتنے ہی نادر الوقوع ہیں۔ سلعات و خراجات کے ثانوی مسطروحات اکثر اس خط کے دائیں یا بائیں جانب تک ہی محدود رہتے ہیں جو مرارہ کے قعر سے لیکر ورید اجوف تحتانی (inferior vena cava) تک پھینچا جائے۔ اس عجیب و غریب تحدید کی توجہ اس امر سے ہوتی ہے کہ اس خط کی دائیں جانب پر جگر کو بانی ورید کی صرف دائیں انتہائی قسمت ہی سے رسد ملتی ہے، اور اس کی بائیں جانب کا حصہ صرف بائیں قسمت ہی سے خون وصول کرتا ہے (Cantlie)۔

مرارہ (gall-bladder) بعض اوقات موجود نہیں ہوتا۔ مثلاً یہ بعض حیوانات میں نہیں پایا جاتا، یا مرض سے یہ ایک ندبہ کی شکل میں تبدیل ہو جاتا ہے، مگر اس کا قعر عام طور پر جگر کے مقدم کنارہ تک پہنچا ہوتا ہے اور نویں ضلعی غضروف اور عضلہ مستقیم بطنیہ

(rectus abdominis) کے بیرونی کنارہ کے درمیان یہ دیوار شکم کے قریب پایا جاتا ہے۔ یہ علیحدہ سے اکثر علیحدہ کر دیا جاتا ہے اور صفراوی قنات میں بظاہر کوئی خلل واقع نہیں ہوتا۔ اس کی غشاء مخاطی کا منظر عجیب طور پر شبک اور شہد کی مکھیوں کے چھتے کی طرح کا ہوتا ہے، اور یہ غشاء اسطوانی سرحد سے بنی ہوتی ہے جس سے مخاط کا افراز ہوتا ہے اور اس میں جذب کرنے کی طاقت بھی ہوتی ہے، اسی لئے صفرا مرارہ میں مرکوز ہو جاتا ہے۔ جب یہ ملتبہ ہو جاتی ہے تو خلیات سے ایک متغیر افراز بکثرت خارج ہوتا ہے جس میں اگر خارجی بہاؤ بند ہو جائے تو کو لیٹرول (cholesterol) مطروح ہو جاتا ہے۔

کو لیٹرول (cholesterol) کے مراری حصات کے بننے میں مندرجہ ذیل اسباب ملکر کام کرتے ہیں۔ (۱) مفراط کو لیٹرول دمویت (cholesterolæmia) (جیسا کہ حل یا تپ محرقہ کے بعد)۔ (۲) التهاب کی وجہ سے رجعت پذیر کو لائیڈ مخاط کی تبدیلی جویت نائڈ ایلیڈیونی کو لائیڈ میں۔ (۳) رکود صفرا۔ (۴) کسی نوات کی موجودگی مثلاً نازلتی خلیات یا جراثیمی نوآبادیاں۔ علاوہ ازیں اگر بہت سا التهاب موجود ہو تو صفراوی الوان کیلسیم (calcium) کے اضافہ کی وجہ سے حل ناپذیر بن جاتے ہیں، اور لونی حصیات طیار ہو جاتے ہیں۔ بہت سے حصیات مخلوط ہوتے ہیں، اور ان میں کو لیٹرول اور لون کی تبدیلی نہیں پائی جاتی ہیں۔ خالص کو لیٹرول کے حصات کا رجحان زرد اور مجرد ہونے کی طرف ہوتا ہے، اور یہ بعض اوقات مرغی کے انڈے کے برابر ہو جاتا ہے۔ لونی حصیات اکثر چھوٹے چھوٹے اور کثیر المقدار اور رنجیدہ دار ہوتے ہیں۔

مرارہ جس کی شکل ناسپاتی نما ہوتی ہے، دفعۃً ایک تنگ گردن میں کھل جاتا ہے جو آگے بڑھ کر ایک زاویہ مادہ پر دویری قنات میں تبدیل ہو جاتی ہے جو اس سے بھی زیادہ تنگ ہوتی ہے۔

دویری قنات (cystic duct) تقریباً ۱/۲ انچ لمبی ہوتی ہے۔ اس میں

ایک مرغولی ہل ہوتا ہے جس کے اندرونی پھچوں سے ہیٹسٹر (Heister) کا شلف نما مرغولی مصراع بنتا ہے۔ اگر غیر متسع قنات میں سلائی داخل کی جائے تو یہ مصراع اور اس زاویہ کی حادیت جو اس قنات کی ابتدا پر ہوتا ہے سلائی کے گزرنے میں ایک بڑی حد تک

مانع آتے ہیں۔

کھڑے ہونے کی حالت میں مرارہ کے طویل محور کا رخ اوپر اور پیچھے کی طرف کو ہوتا ہے۔ اور دوہری قنات (cystic duct) کا پیچھے کی اور اگلی طرف کو (شکل ۱۰۷)۔ دوہری قنات معدی کبدی ثرب کے کبدی اثنا عشری حصہ میں واقع ہوتی ہے جہاں اس کے کبدی قنات کے ساتھ ملنے سے مشترک صفراوی قنات بنتی ہے۔

دوہری شریان (cystic artery) اس کے ساتھ ہوتی ہے اور یہ اس کے اور جگر کے درمیان سے گذر کر دو شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے، جن میں سے ایک مرارہ کی بالائی جانب پر اور دوسری اس کی کبدی جانب پر چلی جاتی ہے۔ (دوہری وریدیں (cystic veins) براہ راست جگر میں جاتی ہیں اور بائی شعری نظام (portal capillary system) میں ختم ہو جاتی ہیں۔ جگر کے جس حصہ میں دوہری وریدیں داخل ہوتی ہیں وہ التهاب مرارہ (cholecystitis) میں بعض اوقات منقبض یا مذبذبول ہوتا ہے۔

471

مشترک صفراوی قنات (common bile duct) تین انچ لمبی

ہوتی ہے، اور اس کا درون ۱/۲ انچ چوڑا ہوتا ہے، لیکن مراری حصیات کے گذرنے سے اس کا طبعی قطر بعض اوقات تین یا چار گن ہو جاتا ہے۔ یہ چار حصوں میں تقسیم کی جاسکتی ہے۔ (۱) فوق اثنا عشری حصہ ثربی سوراخ (epiploic foramen) (ونسلو، Winslow) کے سوراخ کے سامنے کی طرف معدی کبدی ثرب میں واقع ہوتا ہے۔ اور بائی ورید (portal vein) اس کے پیچھے اور کبدی شریان (hepatic artery) اس کی عین بائیں جانب کو ہوتی ہے۔ (۲) پس اثنا عشری حصہ اثنا عشری کے پہلے حصہ کے پیچھے واقع ہوتا ہے، اور کبدی شریان کی فوقانی لمبی اثنا عشری (superior pancreatico-duodenal) شاخ اس کو عبور کرتی ہے۔ (۳) تیسرا حصہ ایک میزاب میں چلا جاتا ہے جو بلب کے سرا اور اثنا عشری کے دوسرے حصہ کے درمیان ہوتا ہے۔ بڑی لمبی قنات (ورسنگ کی Wirsung's) اسی سے ملتی ہے۔ (۴) انتہائی ۱/۲ انچ اثنا عشری کی دیوار میں مدفون ہوتا ہے، جس میں سے یہ ایک ترچھے رخ میں گذر کر بواب سے تقریباً ۴ انچ کے فاصلہ پر

ایک جلیبہ پر ختم ہوجاتا ہے، جو واٹر کے انتفاخ (ampulla of Vater) میں ہوتا ہے۔
قنات کے اعتقاد پر جہاں یہ تنگ ترین ہوتی ہے اس کے ارد گرد ایک عاصہ (فوق انتفاخی
عاصہ: supra-ampullary sphincter) ہوتا ہے جو صفرا کے بہاؤ کو منظم کرتا ہے۔
قنات کے زیر نصف حصہ کا درونہ اوپر کے نصف حصہ کے درونہ سے کم ہوتا ہے۔ اللفی غدود
معدی کبدی ثرب میں صفراوی قنات (bile-duct) کی جانب پر واقع ہوتے ہیں۔ اور
مکس ہونے کی حالت میں یہ غلطی سے مراری حصیات تصور کئے جاسکتے ہیں۔

قنات کے فوق اثنا عشری حصہ میں پھنسا ہوا مراری حصات قنات کو معدی کبدی
ثرب میں کبدی ورید کو احتیاط سے پھا کر کھولنے سے براہ راست نکالا جاسکتا ہے۔ دوسرے
اور تیسرے حصوں تک رسائی باریطون کو اثنا عشری کے دوسرے حصہ کے باہر کی طرف کاٹنے
اور اثنا عشری اور بلبلہ کو باہر کی اور آگے کی طرف دائیں گردہ کے اندرونی کنارہ سے دوسرے
دھکیلنے سے کی جاسکتی ہے۔ انتہائی حصہ تک اثنا عشری کے دوسرے حصہ کی مقدم دیوار کو
اس کے وسط کے قریب کھولنے سے پہنچا جاسکتا ہے۔

472

مرارہ کی عصبی رسد جبل کے آٹھویں اور نویں قطعوں سے عظیم احتشائی

(great splanchnic) اور شکمی (coeliac) ضفیروں کی ذریعہ سے آتی ہے (ہیڈ
(Head: مراری حصیات سے پیدا شدہ شدید قولنج جس کے متعلق یہ خیال ہے کہ یہ صفراوی
قناتوں کے غیر مخطط عضلی طبقہ کے تشنج سے عارض ہوتا ہے، نویں ظری عصب کے ساتھ ساتھ
شکم کی مقدم دیوار کی طرف منعکس ہوتا ہے۔ مشار کی اعصاب کا ہیجان دوبری قنات کے
عضلہ کو منقبض کرتا ہے لیکن مرارہ کے عضلہ کو مرتجی کرتا ہے) (ٹی۔ آر۔ الیٹ (T. R. Elliot)۔
صفراوی نظام کے عضلی نظام کے انقباضات اور معدہ کے حرکات میں باہمی تعلق موجود ہوتا
ہے۔ اور اس لئے کھانا کھانے کے جلد بعد ان انقباضات کے واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے
(لن تھا مس: Lynn Thomas)۔ بہر حال ایورٹس گراہم (Evarts Graham) نے
یہ ظاہر کر دیا ہے کہ حیوانات میں مرارہ کی بجائے بڑا کا ایک بصلہ رکھا جاسکتا ہے، اور صفرا پھر
دھاروں میں بہتا ہے جو بظاہر اثنا عشری کی اس حرکت دودید سے منضبط رہتی ہیں جو فوق

انتفاخی ماصریہ عمل کرتی ہے۔

مرارہ اور صفراوی قنات انشقاق جگر کے بغیر کیلے منشق ہو چکے ہیں۔ ان کا تضور صفرا کے کہنے باریطون میں داخل ہو جانے کی وجہ سے جلد ہلک ثابت ہوتا ہے۔ بڑے بڑے مراری حصیات بعض اوقات کسی ناسوری راستہ سے جو مرارہ اور اثنا عشری یا قولون کے درمیان بگٹیا ہو بلا واسطہ امعاء میں چلے جاتے ہیں۔ مراری حصیات تفتیح کے ذریعہ سے شکم کی مقدم دیوار میں سے باہر نکل چکے ہیں اور یہ جدور کے اندر کے خراجات سے بھی باہر نکالے جا چکے ہیں۔ جن واقعات میں دویری قنات (cystic duct) مراری حصیات یا دیگر اسباب سے مسدود ہو جاتی ہے ان میں مرارہ بعض اوقات مخاط سے بھید شمع ہو جاتا ہے۔ اور اس سے ایک سلسلہ بن جاتا ہے (قبیلہ مخاطیہ: mucocele) جو کسی حد تک ناف کے پار چلا جاتا ہے۔ اتنا بڑا سلسلہ بھی بن چکا ہے کہ یہ تودہ غلطی سے بیضی دورہ تصور کر لیا گیا تھا۔ جب مرارہ میں کلانی واقع ہوتی ہے تو اس کا رجحان اس خط کے ساتھ ساتھ بڑھنے کی طرف ہوتا ہے جو دائیں دسویں غضروف کی نوک سے لیکر خط وسطی کو کاٹتا ہوا ناف کے نیچے تک جائے۔

473 **مراری تفویہ (cholecystostomy)** مرارہ کو تعریض سے کھولنے اور حصیات

نکالنے اور اس کی سیلیت قائم کرنے کا عمل ہے۔

مراری معوی تفویہ (cholecystenterostomy) میں مرارہ سے

لیکر اثنا عشری یا معدہ کے اندر تک (مراری معدی تفویہ: cholecystogastrostomy) دور قسیر بنا دیا جاتا ہے۔ قولون میں یہ نہ نانا چاہئے کیونکہ مرارہ میں جرثومی تلویث واقع ہو جاگی۔

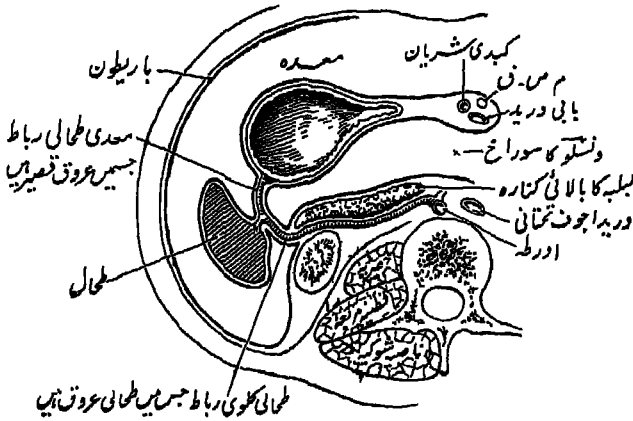
مرارہ برآری (cholecystectomy) میں ویرشی یا (cystic artery)

کو ضرور ابتدا ہی میں احتیاط سے تلاش کر لینا اور باندھ دینا چاہئے۔ اور دویری قنات کو اس وقت نہ کاٹنا چاہئے جب تک کہ محتاط تقطیع سے جراح کو اس امر کا یقین نہ ہو جائے کہ مشترک صفراوی قنات (common bile-duct) کو ضرر پہنچنے کا کوئی خطرہ نہیں۔ تینوں قناتوں یعنی

دویری (cystic) اور کبدی اور مشترک کو اچھی طرح سے دیکھ لینا چاہئے، کیونکہ تشویشی بے قاعدگیوں کا درالوقوع نہیں۔ مزید برآں دورانِ عملیہ میں جب مددگار جگر کو گردش دیتا ہے تو مشترک صفراوی قنات بعض اوقات باہر کی طرف اتنا گھنچ آتی ہے کہ اس کی دیواریں دویری قنات ہی کا حصہ معلوم ہوتی ہیں۔ اس امر میں احتیاط کرنے سے مشترک قنات اتفاقی طور پر زخمی نہیں ہوتی جس کی مرمت کرنا بعض اوقات بہت مشکل ہوتا ہے۔

طحال - طحال بائیں مراقی خطہ میں گہری واقع ہوتی ہے۔ اور طبعی حالت میں اس کا

474



شکل ۱۰۸۔ شکم کے بالائی حصہ میں سے تراش۔

(روڈنگر Rüdinger)

جس نہیں کیا جاسکتا، کیونکہ سامنے کے طرف سے یہ معدہ کے قلبی سرے سے بالکل پوشیدہ ہوتی ہے۔ اس کے وہ حصے جو دسویں اور گیارہویں پسلیوں سے پوشیدہ ہوتے ہیں سطح سے قریب ترین ہوتے ہیں۔ اس سے اوپر یہ پھیپھڑے کی کور سے بتماہر متراکب ہوتی ہے۔ جدور شکم سے یہ ساری ساری ڈایا فرام کے ذریعہ علیحدہ ہوتی ہے۔ یہ بہت ترجیحی واقع ہوتی ہے اور اس کا طویل محور دسویں پسلی کے خط کی تقریباً صحیح صحیح مطابقت کرتا ہے۔ اس کے سب سے اوپر کے اور سب سے نیچے کے مقامات علی الترتیب نویں نہری اور پہلے قطنی شکوک کے لیول پر

ہوتے ہیں۔ اس کا اندرونی سراجسم کے وسطی مستوی سے تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ اور اس کا بیرونی سراوسطی بغلی خط کے قریب قریب پہنچتا ہے (کواین: Quain)۔ اس کی تین سطحیں ہوتی ہیں، معدی اور کروی اور ڈایا فرامی، (دیکھو شکل ۱۰۸)۔

جو جراح طحال برآری (splenectomy) کا ارادہ رکھتا ہو اس کے لئے اس کی باریطونی اور حثائی سطحیں اہمیت رکھتی ہیں۔ مستعرض تراش کے رف خطی خاکہ (شکل ۱۰۸) سے ظاہر ہوتا ہے کہ طحال اپنی رسدغون (۱) طحالی شریان سے جو شکلی محور سے نکل کر بلبہ کے بالائی کنارہ کے موخر جانب کے ساتھ ساتھ پیچ کھاتی ہوئی جاتی ہے اور بلبہ میں طحالی کروی باریطونی رباط (lienorenal peritoneal ligament) میں سے ہو کر داخل ہو جاتی ہے اور (جب) عروق قصیر سے جو معدی لٹھالی (gastro-splenic) رباط میں داخل ہوتے ہیں حاصل کرتی ہے۔ لہذا طحال برآری میں ان رباطات کو ابتدا ہی میں واضح کر لینا اور ان کے اندر کے عروق کو باندھنا ضروری ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں طحال کا بالائی قلب معدہ کے قلبی سرے کے قریب باریطون کے طحالی ڈایا فرامی ٹنگن سے چسپیدہ ہوتا ہے، اور زیرین قطب ضلعی قولونی باریطونی ٹنگن پر ٹنگن ہوتا ہے اور بلبہ کی دم اور قولون سے مس کرتا ہے۔

مخلوع یا سائب طحال (floating spleen) شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے مگر بالغوں میں یہ کبھی موجود ہوتی ہے۔ یہ عضو اپنی باریطونی اور عرقی چسپیدگیوں ہی سے نہیں بلکہ دیوار شکم کے اس سہارے سے بھی جو دوسرے احشائیں سے ہو کر اس ٹنگن منتقل ہوتا ہے اپنی جگہ پر قائم رہتا ہے۔ گاہے گاہے حرکت پذیر لٹھالی اپنی جگہ سے اس حد تک ٹل جاتی ہے کہ بائیں سرفی حفرہ میں پہنچ جاتی ہے۔

جب طحال مرض میں کلانی یافتہ ہو جاتی ہے تو اس کا لنگرہ دارمقدم کنارہ دموں ضلعی غصروف کے نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے۔

تضررات۔ اگرچہ کبھی طحال کی ساخت نہایت خستہ ہوتی ہے لیکن یہ زیادہ کثرت نشین نہیں ہوتی۔ اور یہ ایک واقعہ ہے کہ اس کے تعلقات کا رجحان ارتجاعات اور کوٹیکوں کے اثرات کو اقل بنا دینے کی طرف ہے۔ مگر جب طحال کلانی یافتہ ہو جاتی ہے تو یہ نہایت آسانی سے منشق ہو جاتی ہے! اور اکثر بہت معمولی سی ضرب سے ایسا ہو جاتا ہے۔

چنانچہ عضلات کا زور پڑنے سے کلانی یا فنہ طحال کے منقبض ہونے کے کئی ایک واقعات درج کئے جا چکے ہیں۔ مثلاً ایک عورت کی طحال گرنے سے بچنے کی کوشش کرتے وقت اور ایک اور عورت کی طحال ضرب سے بچنے کے لئے ایک طرف کو کود کر بچنے کے دوران میں منقبض ہو گئی تھی اور ایک سیاہی کی طحال بائیسکل کی کاٹھی پر اچھل کر بیٹھنے کی کوشش کرتے وقت پھٹ گئی تھی۔ چونکہ طحال نہایت ہی کثیر العروق ہوتی ہے اس لئے یہ ظاہر ہے کہ اس حشا کے انشعاقات زف کی وجہ سے اکثر ہلک ثابت ہوتے ہیں۔ اسی موضوع کے سلسلہ میں یہ معلوم کر لینا مناسب ہے گا کہ دوران ہضم میں طحال میں خون کی مقدار اور سب حالتوں سے زیادہ ہوتی ہے۔ نویں دسویں اور گیارہویں پسلیوں کے شدید کسور میں بعض اوقات طحال کو نقصان پہنچ جاتا ہے اور یہ دریدہ ہو جاتی ہے۔

طحال کا کیسہ ایک عضلی بافت پر مشتمل ہوتا ہے اور اس میں ایک متوازن انقباض کی طاقت پائی جاتی ہے۔ اس امر سے اس عضو کے ان محدود زخموں سے جو ہندوق کے چھوٹے چھوٹے زخموں کی طرح کے ہوں شفا یاب ہونے کے واقعات کی توجیہ ہو سکتی ہے۔ ایسے صررات میں کیسہ منقبض ہو جاتا ہے اور اس حشا میں جو سوراخ ہوتا ہے اس کو بہت تنگ کر دیتا ہے۔ اور گولی یا چاقو کا راستہ خون کے تھک سے بھر جاتا ہے اور اس طرح جریان خون بعض اوقات بند ہو جاتا ہے۔

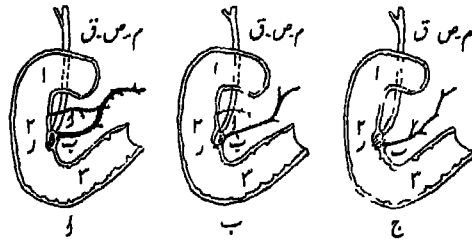
طحال برآری (splenectomy) مندرجہ ذیل حالتوں کے لئے کامیابی سے

سرانجام دی جا سکتی ہے۔ دریدگی اور طحال سائر (wandering spleen) اور بے صفرا بولی یرقان (acholuric jaundice) کے لئے، اور طحالی عدم دمویست (splenic anæmia) کے لئے [حتیٰ کہ بینٹی (Banti) کے مرض کے ان مدارج میں بھی جن میں کہبت بکر (hepatic cirrhosis) اور استسقاء واقع ہو گیا ہو] اور طلیہ یا اور کالازار (kala-azar) اور کبر الطحال مصری (Egyptian splenomegaly) کی کلانیوں کے لئے اور نیز مختص المقام تدرن کے نادر الوقوع واقعات کے لئے لیکن شرح اموات کے زیادہ ہونے کی وجہ سے بعض دمویست (leukæmia) میں اس کی سرانجام دہی جائز نہیں۔

صفحہ 474 پر کی شکل کو دیکھئے۔ یہ ظاہر ہو گا کہ طحالی عروق طحالی کلوی رباط میں سے گذر کر طحال میں داخل ہوتے ہیں اور ان سے عروق قصیر (vasa breva) نکلتے ہیں جو معدی طحالی ثرب میں سے جو طحالی کلوی رباط کے سامنے واقع ہوتا ہے گذر کر معدہ کو جاتے ہیں۔ لہذا طحال کو نکالنے میں اس کو علیہ کے ابتدا ہی میں آگے کی اور اندر کی طرف کو گھما دینا چاہئے تاکہ پانچ تک رسائی ہو جائے۔ اور جب یہ احتیاط سے باندھ دیا جائے تو مزید خوفناک نزف کے وقوع کی امید نہ کرنا چاہئے۔ عروق قصیر (vasa breva) بعد میں باندھے جاسکتے ہیں۔ طحال کا پانچ بلبلہ کی دم کے بالائی کنارہ سے تعلق رکھتا ہے، اور اسے بندش میں شامل نہ کرنا چاہئے۔

بلبلہ (pancreas) معدہ کے پیچھے پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے سامنے واقع ہوتا ہے (شکل ۱۰۷)۔ خط وسطیٰ کو یہ وسطیٰ بر معدی (mid-epigastric) خط کے پیچھے عبور کرتا ہے۔ لاغور موضوعات میں اور اس حالت میں جبکہ معدہ اور قولون خالی ہوں یہ بعض اوقات گہرے دباؤ سے متزعزعے احتشائ میں محسوس کیا جاسکتا ہے۔ معدہ کا سقوط بلبلہ کو انحنائے صغیر کے اوپر معرا چھوڑ دیتا ہے۔ یہ بہت سی اہم ترین ساختوں کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ شیمی ضغیر کے ساتھ یہ اتنا قریبی تعلق رکھتا ہے کہ یہ ساخت اس کے الہابی عوارض میں لازمی طور پر نافذ ہو جاتی ہے۔ اور اس کے سر اور اس کی گردن پر کے عملیتی طریقہ یا کار میں اس میں لازمی طور پر خلل پیدا ہوتا ہے۔ بلبلہ قنات (pancreatic duct) (ورنگ Wirsung کی قنات) بالعموم مشترک صفراوی قنات (common bile-duct) کے ساتھ اشتہائی (واٹری Vaterian) انتفاخ میں ختم ہوتی ہے (شکل ۱۰۹-۱)۔ اس لئے اگر کوئی مراری حصات اس مقام پر اٹک جائے تو بعض اوقات دونوں قناتیں بند ہو جاتی ہیں یا یہ بھی ممکن ہے کہ صفرا بلبلہ قنات میں چلا جائے۔ یہ انتفاخ بعض اوقات جسزوی (شکل ۱۰۹-ج) یا مکمل (شکل ۱۰۹-ج) طور پر دو حصص میں منقسم ہوتا ہے (۳۰ فیصد واقعات میں ایسا ہوتا ہے) جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دونوں قناتوں کے درمیان جاصلحہ علیحدہ ہوتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں جب صفراوی گذر گاہ کی انتہا بند ہو جاتی ہے تو بلبلہ قنات کھلی رہ جاتی ہے۔ ایک معین قنات (accessory duct) (سینٹورینی Santorini)

کی قنات) ۵۰ فیصدی موضوعات میں کم و بیش نمایانہ حالت میں پائی جاتی ہے۔ بعض اوقات یہ بڑی قنات سے تعلق رکھتی ہے جیسا کہ شکل ۱۰۹-ا میں ظاہر کیا گیا ہے اور بعض اوقات یہ صرف ایک چھوٹی سی قنات تک ہوتی ہے جیسا کہ شکل ۱۰۹-ب میں دکھایا گیا ہے۔ معین قنات واٹر (Vater) کے انتفاخ سے تقریباً ۱/۲ انچ اوپر بواب کے نسبتاً قریب کھلتی ہے۔ انتفاخ کے اوپر بالعموم ایک حلیمہ ہوتا ہے جو اثنا عشری میں ابھرا ہوتا ہے۔ لیکن یہ حلیمہ دار حالت ہمیشہ موجود نہیں ہوتی۔ ان قناتوں کے ذریعہ سے عفونی حالتیں بعض اوقات اثنا عشری سے بلبلہ یا



شکل ۱۰۹ بلبلہ اور صفراوی قناتوں کے ختم ہونے کے طریقوں کے اختلافات کو ظاہر کرتی ہے۔

ا۔ وہ صورت جس میں مشترک صفراوی قنات (م۔ ص۔ ق) اور اصلی بلبلہ قنات (ب) انتفاخ (ا) میں ختم ہوتی ہیں۔ معین قنات ۱-۲-۳۔ اثنا عشری کے پہلے دوسرے اور تیسرے درجے۔
ب۔ وہ صورت جس میں انتفاخ جزوی طور پر منقسم ہوتا ہے۔ معین قنات چھوٹی کر کے دکھائی گئی ہے۔
ج۔ وہ صورت جس میں مشترک صفراوی قنات اور بلبلہ قنات کے اثنا عشری میں کسلنے کے علاوہ علحدہ فتحات ہوتے ہیں۔ معین قنات موجود نہیں۔

مرارہ میں چلی جاتی ہیں مشترک صفراوی قنات کا دوسرا درجہ بلبلہ کے سراور اثنا عشری کے دریا واقع ہوتا ہے۔ چنانچہ ایسا بھی ہوتا ہے کہ اس غدہ کے اس حصہ کے سرطمان میں یہ قنات بالکل

مسدود ہو جاتی ہے، اور یرقان پیدا ہو جاتا ہے، با اثناعشری یا قولون بھی دباؤ سے کم و بیش مسدود ہو جاتی ہیں، یا قرب وجوار کے عروق بند ہو جاتے ہیں۔ بواب کا سرطان بعض اوقات بلا واسطہ توسیع سے بلبہ کے سر تک بڑھ آتا ہے۔ مزید برآں ان دونوں حصوں کے عروق لمف بھی آزادانہ ربط و راہ رکھتے ہیں۔

478 بلبہ باریطون کے تاجہ صغیر (درجک ثربی: bursa omentalis) کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ اس کی مقدم سطح اس تاجہ کی موخر دیوار سے ڈھکی ہوتی ہے۔ یہ اورطہ کے سامنے اس کی دونوں شاخوں شکمی محور (coeliac axis) اور فوقانی ماساریٹنی (superior mesenteric) کے درمیانی زاویہ میں واقع ہوتا ہے۔ جن میں سے قبل الذکر شاخ اوپر ہوتی ہے اور موخر الذکر نیچے۔ بانی ورید اس غدہ کی گردن کے پیچھے سے اوپر کی طرف کو جاتی ہے۔

جراحی نقطہ نگاہ سے بلبہ کا جسم معدہ کی موخر دیوار کے یا اسکے انحنائے صغیر کے قرص (زین نما قرص) سے ماؤف ہو سکتا ہے۔ اس کی دم طحال تک پہنچی ہوتی ہے اور طحال کے ساتھ کی بندش میں بعض اوقات بندہ جاتی ہے۔ بلبی دویروں کا رجحان بائیں جانب پر طحالی عوجہ کے زاویہ میں نمودار ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ معدی قولونی ثرب کو عموداً کاٹنے سے ان تک رسائی کی جاسکتی ہے۔ لیکن بعض حالتوں میں جن کے ساتھ استرخائے معدہ (gastroptosis) بھی موجود ہوتا ہے معدی کبدی ثرب کے وسطی عظیم العروق حصہ میں سے زیادہ آسانی کے ساتھ سوراخ کیا جاسکتا ہے۔

لینگر ہینس (Langerhans) کے جزیرک۔ جب بلبہ کی خرد بینی

تراشوں کا امتحان کیا جاتا ہے تو اس غدہ کے طبعی عنیبات کے درمیان خلیات کے کثیر التعداد چھوٹے چھوٹے گردہ دکھائی دیتے ہیں۔ لینگر ہینس کے یہ جزیرک غدہ کے وہ عنیبات ہیں جن کی شکل و صورت میں اندرونی افزائیدہ کرنے کے لئے ترمیم ہو گئی ہے (سویل ونسینٹ: Swale Vincent) ان کی تعداد ۳۰۰ سے لیکر ۵۰۰ تک ہوتی ہے (ایم۔ آے لین: M. A. Lane)۔ ان جزیرکوں کی تباہی سے مرض ذیابیطس پیدا ہو جاتا ہے۔

گروہ ۵۔ اس عضو کے تعلقات مندرجہ ذیل ہیں (دیکھو شکل ۱۰۸ و ۱۱۰) :-
سامنے کی طرف

بایاں
معدہ کا قعر۔

قولون نزولی۔

بلبلہ۔

طحال۔

دایاں
جگر کی مثالی سطح۔

اثنا عشری کا دوسرا حصہ۔

قولون مستعرض کی ابتدا۔

قولون صعودی۔

باہر کی طرف
طحال۔



باہر کی طرف
جگر۔

پچھلے کی طرف

ٹوایا فرام کی محراب کا زیرین حصہ۔

عضلہ قطنیہ مربعہ۔ عضلہ خصریہ۔ عضلہ مستعرضہ۔

آخری پسلی اور اوپر کے دونوں قطنی فقرات کے مستعرض زائڈے۔

گروہ گہرے واقع ہوتے ہیں اور طبیعی حالت میں یہ محسوس یا شناخت نہیں کئے جاسکتے۔
عضلہ نامصبہ شوکیہ (erector spinae) کی بیرونی کور پر آخری پسلی کے عین نیچے دباؤ ڈالنے سے
ان تک نہایت آسانی سے رسائی کی جاسکتی ہے (شکل ۱۰۷)۔ گروہ کی اصمیت (dullness)
دائیں جانب پر جگر کی اصمیت سے اور بائیں جانب پر طحال کی اصمیت سے مل جاتی ہے۔ دایاں گروہ
بائیں کی نسبت اوسطاً ۱ انچ (ایڈیسن: Addison) نیچے واقع ہوتا ہے۔ گروہ میں گروہ کا
زیرین قطب بھی حرقفی عرف سے ایک انچ اوپر ہوتا ہے۔ اور علی مقاصد کے لئے یہ کہا جاسکتا ہے
کہ یہ سری خطہ کے لیول سے اوپر واقع ہوتا ہے (شکل ۹۳ صفحہ ۴۲۴)۔ عورتوں میں
زیرین قطب بعض اوقات حرقفی عرف کے لیول تک پہنچ جاتا ہے۔
سطح جسم پر گروہ کا خاکہ بنانے کا سادہ ترین طریقہ یہ ہے کہ دونوں قطبوں کے محل پر

نشان لگائے جائیں اور ان کے درمیان گردہ کا خاکہ جو بخوبی معروف ہے بنا دیا جائے۔ اوپر کا قلب خط وسطی سے ۱/۲ انچ کے اور نافچہ ۲ ۱/۲ انچ کے اور زیرین قلب تقریباً ۳/۴ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ نیچے کی پیمائشیں ۳ اور ۳ انچ کے درمیان ہوتی ہیں۔ اور اس اختلاف کا انحصار گردہ کے ترچھے پن اور شکم کی لمبائی اور تنگی پر ہوتا ہے۔ نافچہ پہلے قطنی شکم کے بالمقابل عام طور پر پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے مستعرض زوائد کے درمیان واقع ہوتا ہے اور عبر البواب (transpyloric) منوی اسکو کاٹا ہوا گذرتا ہے۔ بالائی قلب بارہویں ٹھہری فقرہ کے جسم کے اور زیرین تیسرے قطنی فقرہ کے جسم کے لیول پر واقع ہوتا ہے۔ گردہ کا طول ۱۱ انچ ہوتا ہے۔ ڈایا فرام اور عضلہ خصریہ (psoas) عضلہ قطنیہ (quadratus lumborum) اور عضلہ مستعرضہ (transversalis) اس عضو سے موخر علاقہ رکھتے ہیں۔

جیسا کہ شمع نگار کش میں دکھائی دیتا ہے بالائی قلب اکثر گیارہویں پسلی کے سایہ زیرین کنارہ تک پہنچا ہوتا ہے۔ اگر بارہویں پسلی کے سایہ کو بٹھایا جائے تو وہ اس عضو کو اسی کے بالائی اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر کاٹینگا۔ اشراب کردہ حامل کی شمع نگار کشوں میں اس کے حوض کا سایہ پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے مستعرض زوائد کے اور نیز آخری پسلی کے سایہ کو کاٹتا ہوا دکھائی دیتا ہے (شکل ۱۱۲)۔

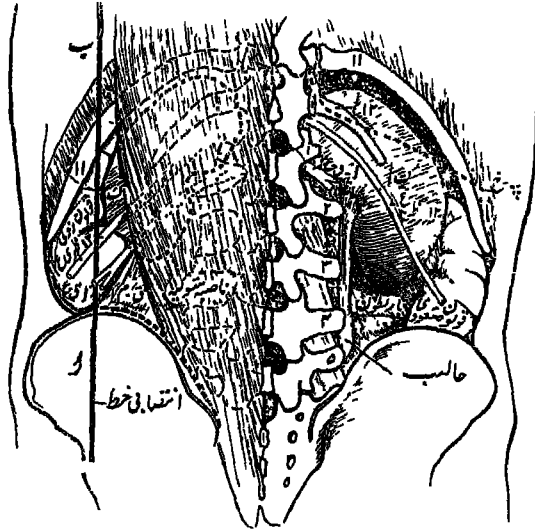
480

مقدم سطح کا تھوڑا سا حصہ ہی باریطون سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ اور اس کے وہ حصے جو قولون اور اثنا عشری یا بلبہ کی پشت پر کی خلوی بافت سے علاقہ نہیں رکھتے اس غٹنا سے صرف مس ہی کرتے ہیں (شکل ۱۰۸)۔ خارجی کنارہ باریطون سے زیادہ قریبی تعلق رکھتا ہے۔ اور موخر سطح اس غٹنا سے بالکل مبرا ہوتی ہے (شکل ۱۰۸ و ۱۱۰)۔ گردہ کی موخر سطح کو آنری ٹھہری عصب اور پہلی قطنی شریان کی شاخیں موخر قطنی زیر معدہ (ilio-hypogastric) اور حرقنی اربی (ilio-inguinal) اعصاب کے اوپر سے نیچے کی اور باہر کی طرف کو ترچھے رخ میں عبور کرتی ہیں (شکل ۱۱۰)۔

گردہ کے انشقاق سے کسی دوسرے ایسے شکمی حشا کے اسی قسم کے ضرر کی نسبت جو زیادہ کثرت سے مجروح ہوتا ہوا اکثر شفا حاصل ہو جاتی ہے۔ اس امر کا انحصار اس کی وسیع غیر باریطونی سطح پر ہے جس کی وجہ سے خون اور پٹیاب کی وعاء بدوی جو کسی حادثہ کے بعد

واقعہ ہوتا ہے اکثر تہامہ بروں باریطونی ہوتی ہے۔ یہ غدہ بعض اوقات پیچھے سے یا صلب پر باریطون کے زخمی ہونے کے بغیر کاسانی زخمی ہو سکتا ہے۔ جب عمود شوکی آگے کی طرف کو

481



شکل ۱۱۰۔ ٹیبل قطنی خط میں کردہ اور قولوں کے تعلقات کو گھسیلی طرف سے ظاہر کرتی ہے۔
(مرکل: Merkel سے لی گئی ہے)۔

چ-خ۔ پلورا کا زیرین خط۔ ۱۱۔ گیارھویں پسلی۔ ۱۲۔ بارھویں پسلی۔ ۱۲۔ خط۔ ع۔ بارھواں ظہری عصب۔
 ا۔ ق۔ ع۔ حرقعی اربی اور حرقعی زیر معدی اعصاب۔ ا۔ ج۔ انتصابی خط جو قولون نزولی (ق۔ ن) کے
 محل کو نکال کر کرتا ہے۔ ق۔ م۔ عضلہ ظہیر ربع۔ ن۔ ش۔ عضلہ ناصبہ شکم۔ بارہویں دائیں جانب
 پر گردہ کے سامنے کی طرف سے نیکر قولون تک معکوس دکھایا گیا ہے۔

لگے گردے اس وضع میں دکھائے گئے ہیں جو یہ اسوقت اختیار کرتے ہیں جبکہ جسم اوندھے منہ پڑا ہو۔ چت حالت میں یہ اندر کی اور پیچھے کی طرف گرجاتے ہیں اور وہ وضع اختیار کرتے ہیں جو تن میں طاہر کی گئی ہے۔ اس جسم میں جس کی تصویر اوپر بنائی گئی ہے، بارہویں پسلی معمولی پسلی سے چھوٹی ہے۔

بہت جھکا ہوا ہو تو گردہ خم کے زاویہ میں وہاں واقع ہوتا ہے جہاں عمود شوکی کی خمیدگی حادثہ ہوتی ہے۔ لہذا عمود شوکی کی انتہائی خمیدگی میں یہ عظم حرقفی اور نیچے کی پسلیوں کے درمیان بچھ سکتا ہے۔ چنانچہ کمر کی ایسی چوٹوں کے بعد جن میں عمود شوکی آگے کی طرف کو انتہائی درجہ تک جھک گیا ہو (جیسا کہ اس حالت میں ہوتا ہے جب کہ جھکے ہوئے کندھوں پر کوئی بھاری بوجھ گر جائے) ہول الدم (haematuria) قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔

گردہ ڈھیلی ڈھالی شمی بافت کی بہت سی مقدار میں مدفون ہوتا ہے، جس سے گردکلوئی کیسہ بنتا ہے۔ اور تفتیح اس بافت میں پہنچ جائے وہ گردکلوئی خراج کہلاتا ہے۔ اس قسم کا خراج خود گردہ کے مرض سے یا اس کے ہم پہلو حصوں (عمود شوکی، قولون وغیرہ) کے عوارض سے یا چوٹوں سے یا ”ذاتی“ سرائٹ سے جو فاصلہ پر واقع ہوئی ہو مثلاً جسد کی نبقہ غنی (staphylococcal) سرائٹوں سے پیدا ہوتا ہے۔ سیپ پہلے پہل عضلہ قطنیہ ربعہ کے سامنے ہوتی ہے اور پھر اپنا راستہ اس عضلہ میں سے یا قطنی ردا میں سے بنا لیتی ہے اس کے بعد یہ عضلہ موربہ خار جہ اور عضلہ عریضہ ظہر کے ہم پہلو کناروں میں سے گذر کر عضلہ ناصبہ شوکیہ (erector spinæ) کی بیرونی کور پر نمودار ہو جاتی ہے۔ مگر بعض اوقات یہ خراج حرقفی حفرہ میں پھیل جاتا ہے یا اس ڈھیلی ڈھالی اتصالی بافت کے ساتھ ساتھ جو قولون نزولی اور معائینہ خیم کے نیچے ہوتی ہے عرض تک چلا جاتا ہے یا قولون یا مثانہ یا پھیپھڑے تک پھیل جاتا ہے۔ نہایت نادر حالات میں یہ باریطون کو بھی تنقب کرتا ہے۔ کلوئی حراج بالعموم غدہ کی غیر باریطونی سطح پر کھلتا ہے بعض اوقات یہ ہم پہلو قولون میں بھی کھل جاتا ہے۔ ایک واقعہ میں ایک کلوئی خراج جو حصات سے پیدا ہوا تھا دائیں گردہ سے معدہ کے بوابی سرے میں چلا گیا تھا اور دونوں اعضا میں ایک ربط پیدا ہو گیا تھا۔

گردکلوئی چربی (perirenal fat) جراحی نقطہ نگاہ سے بہت اہمیت رکھتی ہے۔ کیونکہ اس کے ڈھیلے پن کی وجہ سے اس عضو کا انقاف (enucleation) آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔ پیچھے کی نسبت یہ سامنے کی طرف پر زیادہ افراط سے پائی جاتی ہے۔ اس چربی میں ایک خاص قسم کی دھنی خاصیت پائی جاتی ہے اور یہ ایک لچکدار حرکت پذیر اور سہارا دینے والی گدی کا کام دیتی ہے جس میں گردہ میں ڈایا فرام کی تنفسی حرکتوں کے لئے

جمعیت واقع ہو سکتی ہے۔ جب یہ بافت التهاب سے تباہ یا متغیر ہو جاتی ہے تو گردہ مثبت ہو جاتا ہے اور اس کا دور کرنا ایک بہت مشکل کام ہوتا ہے۔ اس امر کی وضاحت کلاں تدریجی گردہ کے دور کرنے سے ہوتی ہے جو مدت سے مرض زدہ ہو۔ گردہ کلوی کیسہ کے علاوہ گردہ کا ایک حقیقی کیسہ بھی ہوتا ہے جو طبعی عضو سے باسانی اتارا جاسکتا ہے۔ کلوی عروقی کے اندر کے خون کے دباؤ سے یہ کیسہ تنیدہ ہو جاتا ہے۔ الٹہابی حالتوں میں یہ منش بعض اوقات اتنی زیادہ ہو جاتی ہے کہ یہ گردہ میں سے خون کے آزادی سے گزرنے میں خلل انداز ہوتی ہے۔ ایسی متلی حالتوں کو رفع کرنے کے لئے کیسہ ربائی کی جاچنی ہے۔

حرکت پذیر گردہ (movable kidney) - چونکہ گردے ڈایا فرام سے

قریبی طور پر ملے ہوتے ہیں اس لئے یہ لازمی طور پر اس کے تنفسی حرکات کی متابعت کرتے ہیں۔ طبعی نفس میں گردہ کی اوپر اور نیچے کی حرکت تقریباً ۱۱ انچ تک ہوتی ہے۔ گردہ کلوی کیسہ (perirenal capsule) جس میں گردہ ڈھیلے طور پر مدفون ہوتا ہے، زیر باریطونی اتالی بافت کا صرف ایک مختص حصہ ہوتا ہے۔ گردہ کلوی کیسہ کے حصے مصنوعی طور پر پیش کش کلوی (prenephric) اور پس کلوی ردائوں (postnephric fasciae) میں علمدہ کئے گئے ہیں۔ گردہ کلوی کیسہ اوپر کی جانب ڈایا فرام کے اوپر کی گھسی زیر باریطونی بافت سے اور باہر کی جانب عضلہ مستعرضہ (transversalis) کے اوپر کی اتلی گھسی سے مسلسل ہوتا ہے۔ اندر کی جانب یہ ورید اجوف تنہانی (inferior vena cava) اور ادرط کے غلافوں سے متحد ہو جاتا ہے، اور نیچے کی طرف یہ حالب کے ارد گرد ایک ڈھیلی ڈھالی زیر باریطونی بافت کی شکل میں چلا جاتا ہے، اور حوض کی مناظر بافت سے سلسل قائم کر لیتا ہے۔ لہذا صرف نیچے کی اور اندر کی طرف کی تحریکیں ممکن ہیں۔ گردہ کلوی کیسہ اور کلوی عروقی جو کلوی حرکات کو محدود ان کے رخ کو معین رکھتے ہیں صرف اس وقت بروئے کار آتے ہیں جبکہ تنفس کے طبعی حدود سے تجاوز ہو چکا ہو۔ جو قوت گردوں کو ان کی وضع پر قائم رکھتی ہے، وہ درون شکلی تنش ہے جو دیوار شکم کے نظام عضلی سے برقرار رہتی ہے اور جس سے دوسرے اشتاء گردوں کے مقابل مضبوط رہتے ہیں۔ کیسہ سے چربی کے جذب ہونے کے ساتھ ہی گردہ کلوی کیسہ کی بافت زیادہ

ڈھیلا ہو جاتی ہے اور کئی حرکت زیادہ غیر محدود ہو جاتے ہیں لہذا حرکت پذیر گرد اکثر ناقص شکل اختیار کرتے ہیں۔ عورتوں میں مردوں کی نسبت یہ کہیں زیادہ عام ہوتا ہے۔ قبل الذکر صنف میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ محل کا ایک خاص اثر ہوتا ہے، جس کا فعل شاید باریلون کو کھینچنے اور اس کے تعلقات کو ڈھیلا کرنے اور نیز وضع محل کے بعد دیوار ہائے شکم میں ایک عمومی ارتخا پیدا کرنے سے عمل میں آتا ہے۔ دایاں گردہ بائیں گردہ کی نسبت کہیں زیادہ حرکت پذیر ہوتا ہے اور اس کی وجہ شاید یہ ہے کہ جگر کا اثر شاید اس کو اپنی جگہ سے ہٹا دیتا ہے۔ ایسے واقعات بھی کم نہیں پائے جاتے جن میں حرکت پذیر گردہ نے مرادہ کی گردن کو دبا دیا ہے اور معفر کا ہاؤ روک دیا ہے۔ اس میں کچھ شبہ نہیں کہ حرکت پذیر گردہ ایک دائرہ کے قطعہ میں ہلایا جاسکتا ہے جس کا نصف قطر کروی عروق کے طول کا متناظر ہوتا ہے اور باوجود اسکے غیر وضعیت بعض اوقات معتدبہ ہوتی ہے۔

جو عروقی درد (dragging pain) حرکت پذیر گردہ کے ساتھ محسوس کیا جاتا ہے وہ کروی ضغیرہ کے تناؤ سے پیدا ہوتا ہے جو شمسی (solar) ضغیرہ سے تعلق رکھتا ہے، اور شریانوں کے ساتھ گردہ میں داخل ہوتا ہے۔ گردہ کی عصبی رسد جل شوکی کے دسویں گیارھویں اور بارھویں نظری اور پہلے قطعی قطععات سے چھوٹے اور صغیر احتشائی اعصاب کے ذریعہ سے آتی ہے (Head: Head)۔ درد بعید ان حسی اعصاب کے ساتھ ساتھ دیوار شکم پر محسوس ہوتا ہے جو ان قطععات سے آتے ہیں۔

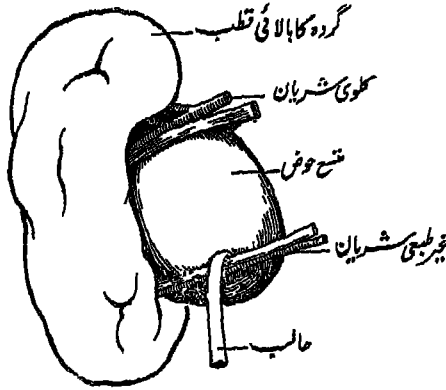
گردوں کی غیر طبعی حالتیں۔ ایک گردہ اور کبھی کبھی دونوں گردے

غیر طبعی محل میں نمو پا سکتے ہیں۔ دایاں دائیں کی نسبت اپنی جگہ سے اکثر ہٹا ہوتا ہے۔ اور عجری رقبہ غصرونی مفصل (sacro-iliac synchondrosis) یا عجز (sacrum) کے طنف (promontory) پر پایا جاسکتا ہے۔ یا یہ رقبہ حفرہ یا حوض میں شناخت کیا جاسکتا ہے۔ جس گردہ کا محل بے قاعدہ ہوتا ہے اس کی شکل اکثر متغیر ہوتی ہے۔ بعض اوقات گردہ میں انتہائی درجہ کی ٹنکی پائی جاتی ہے۔ اور یہ وہ حالت ہے جو فوزائیہ میں موجود ہوتی ہے۔ بعض اوقات حالب کا بالائی حصہ یا تمام حالب ہرا ہوتا ہے اور مثانہ میں دو حالبی

سوراخ ہوتے ہیں۔ مستنزا و نثریا نیس (supernumerary arteries) اکثر موجود ہوتی ہیں ایسے عروق گردہ کے زیرین قطب کے طرف جاتے ہوئے حالب میں بھجواؤ پٹشی (kinking) یا استسقاءے گردہ (hydronephrosis) پیدا کر دیتے ہیں۔ استسقاءے گردہ کے واقعات کے ایک سلسلہ میں ہری فینوک (Hurry Fenwick) نے یہ دریافت کیا ہے کہ حالب کا تنقی ۱۶ فیصدی واقعات میں ایک غیرطبیعی عرق سے پیدا ہوا تھا (شکل ۱۱۱)۔

گردے حوضی خطہ میں نمونپاتے ہیں اور جنینی زندگی کے ابتدائی مہینوں میں اوپر چڑھ کر

485



شکل ۱۱۱۔ غیرطبیعی شریان جس کی وجہ سے حالبی حوضی اتصال پٹشی (kinking) ظاہر ہو گیا ہے، اور استسقاءے گردہ پیدا ہو گیا ہے۔
(ہری فینوک: Hurry Fenwick کے مطابق۔)

قطنی محل اختیار کر لیتے ہیں۔ جوں جوں یہ اوپر چڑھتے جاتے ہیں نئے کلوئی عروق پیدا ہو جاتے ہیں۔ ”عجوبی“ (sacral) گردہ وہ ہے جو دوران صعود میں ٹھہر گیا ہو اور اس کی رسد خون مشترک حوضی شریانوں سے آتی ہے۔ دہرا حالب ابتدائی کلوئی غنچہ (primary renal bud) کے انقسام سے بنتا ہے۔

بعض اوقات دونوں گردے متحد ہوتے ہیں۔ ان کے "اتحاد کا نہایت ادنیٰ درجہ نعل نما گردہ (horse-shoe kidney) میں دکھائی دیتا ہے۔ دونوں گردے تختانی حصوں پر بافت کے ایک چپٹے فیٹہ نمایاں گول پل سے جو فقراتی عمود اور اورطہ کے اوپر سے گذرتا ہے ملے ہوتے ہیں۔ اتحاد کے زیادہ بڑے درجوں میں دونوں جانبی حصے ایک دوسرے کے زیادہ قریب ہوتے جاتے ہیں حتیٰ کہ یہ اتحاد کے نہایت اعلیٰ درجہ تک پہنچ جاتے ہیں، جس میں ایک مجرد قرص نما گردہ جو خط وسطیٰ پر واقع ہوتا ہے اور جس میں دو یا ایک کما (calyx) ہوتا ہے مکمل اتحاد کو ظاہر کرتا ہے" (روکیٹنسکی: Rokitsansky)۔ جب دونوں گردے اتصالی بافت کی ایک جھلی سے ملے ہوتے ہیں تو یہ حالت عملیہ کی مانع نہیں ہوتی۔ بعض اوقات ایک گردہ بالکل غائب ہوتا ہے۔ اور مجرد گردہ کا محل جانبی یا وسطیٰ ہوتا ہے۔ سرنیری ہارٹ (Sir Henry Morris) نے ان غیرطبیعی حالتوں کی شرح وقوع کا مندرجہ ذیل اندازہ پیش کیا ہے۔ ایک گردہ کی خلقی عدم موجودگی یا اس کے انتہائی ذبول کے پائے جانے کی توقع ۴۰۰۰ واقعات میں سے ۱ میں ہوتی ہے۔ اور ۱۶۰۰ واقعات میں سے ۱ میں نعل نما گردہ کے اور ۸۰۰۰ واقعات میں سے ۱ میں مجرد متحدہ گردہ کے پائے جانے کی امید ہوتی ہے۔

عملیات جات جو گردے پر کئے جاتے ہیں۔ مریض کو دوسری جانب پر

ایک قطنی گدی پر لٹا کر جو ستروں رخ میں بڑی ہومند رجبہ ذیل شنگاف دینے سے گردہ تک خاطر خواہ رسائی کی جاسکتی ہے۔ یہ شنگاف عضلہ نامصبہ شوکیہ (erector spinae) کے بیرونی ماشیہ سے بارہویں پسلی کے پانچ نیچے سے شروع کیا جاتا ہے اور ترقی رخ میں نیچے کی اور آگے کی طرف کو مقدم فوقانی ترقی شوکیہ کی طرف ۴ تا ۵ انچ کے فاصلہ تک دیا جاتا ہے۔ یہ شنگاف آخری ٹھری عصب کا متوازی ہوتا ہے جو اس طرح ضرر سے بچ جاتا ہے اور اگر ضرورت ہو تو اسے پوپارٹ (Poupart) کے رباط کے متوازی رخ میں ایک کافی حد تک بڑھایا جاسکتا ہے۔ عضلات نامصبہ

اگر گردوں کی غیرطبیعی حالتوں کی زیادہ تفصیل کے لئے دیکھو "یورینری سرجری" (Urinary Surgery) مصنفہ

ایف۔ ایس۔ کڈ (F. S. Kidd)۔

شوکیہ و قطنیہ مربعہ کو تضرر سے محفوظ رکھا جاتا ہے۔ اور خارجی اور داخلی عضلات موربہ اور عضلہ مستعرضہ کو کاٹ دیا جاتا ہے۔ اور باریطیون کو جسے کھولانہیں گیا آگے کی طرف کو ہٹا دیا جاتا ہے۔ اور جراح اپنا ہاتھ گردہ کی گردکلوئی چربی پر سے گردے کے گرد پھرا دیتا ہے۔ اور اس حشا کے اوپر سے گاز کا ایک پینڈا پھیلا دیا جاتا ہے اور اسے اوپر کی طرف صلب تک اٹھا لیا جاتا ہے۔ بعض مثالوں میں زیادہ گنجائش حاصل کرنے کے لئے آخری سلی کا جزوی استیصال کر دیا گیا ہے۔ پلورا بارصویں سلی کی گردن تک پہنچا ہوتا ہے اور گاہے گاہے یہ پہلے قطنی فقرہ کے مستعرض زائڈ تک نیچے اترا سکتا ہے (شکل ۱۱۰)۔ بارصویں سلی اکثر اتنی چھوٹی ہوتی ہے کہ یہ عضلہ نامصہ شوکیہ (erector spinae) سے پوشیدہ ہوتی ہے۔ اور گیارھویں سلی آخری معلوم ہوتی ہے۔ اگر ضرورت ہو تو پلورا کو عمداً کھولا جاسکتا ہے۔ اور اس کے بعد اس میں ٹانگے لگائے جاسکتے ہیں۔ اگر مریض نیم اکباب کی حالت میں ہو تو ہبوط ریبہ کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔

اگر گردہ بزرگی (nephrectomy) مقصود ہو تو پانچ معر کر لیا جاتا ہے اور اس کا عرق حصہ معدہ اعصاب کے دو بندشوں کے درمیان سے کاٹ دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد غالب جتنا نیچے رکھ کر کاٹنا درکار ہو کاٹ دیا جاتا ہے اور اس کا کچھ حصہ گردہ کے ساتھ ہی دور کر دیا جاتا ہے۔

ناغچہ پر ورید سامنے پائی جاتی ہے، اور شریان اور اس کی شاخیں اس کے پیچھے واقع ہوتی ہیں، اور غالب ان کے بھی پیچھے نیچے کے حصے کی طرف واقع ہوتا ہے۔ یہ شریان تقریباً عضدی شریان کے برابر ہوتی ہے۔ اور گردہ تک پہنچنے سے پہلے عام طور پر چار یا پانچ یا چھ شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ اگر ناغچہ پر کی ساختوں کو علیحدہ علیحدہ قابو میں لانا ہو تو اس امر کا ذہن نشین رکھنا ضروری ہوتا ہے کہ ان شاخوں کی ایک تہائی تعداد ہمیشہ غالب کے پیچھے سے گردہ میں داخل ہوتی ہے، اور گردہ کے حوض کے استقصا میں ان کو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔ ناغچہ پر ورید کی قائم مقام بھی تین یا چار شاخیں ہوتی ہیں، معین کلوئی شریانیں بھی بعض اوقات موجود ہوتی ہیں۔ جن میں سے بعض گردہ کے بالائی سرے میں یا اس کی مقدم سطح میں داخل ہوتی ہیں۔

بڑے بڑے کلوئی سلعات کو دور کرنے کے لئے مشکلی شکاف کا مشورہ دیا جاسکتا ہے،

اور فتحہ نزد وسطی راستہ سے بنایا جاتا ہے جیسا کہ صفحہ 389 پر بیان کیا گیا ہے۔ گردہ کی مرض میں ایسا حالتوں میں۔ مثلاً طویل المدت ندر فی مرض میں۔ گردہ منضم ہو جاتا ہے اور دائیں جانب پر اس کے ورید اجوف (vena cava) سے پسپیدہ ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ جب یہ بڑی ورید اس طرح منضم ہو تو اس کے صاف کرنے میں بہت احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ بہت منضم گردہ کو دور کرنے کے دوران میں ڈایا فرام دریدہ ہو چکا ہے۔

اگر کلیوی حصات شکافی (nephrolithotomy) مقصود ہو تو حوض کی مؤخر جانب میں ایک فتحہ بنالیا جاتا ہے حصات دور کر دیا جاتا ہے، اور شکاف تانت سے با احتیاط مٹی دیا جاتا ہے اور خطہ دوخت کے عین اوپر شیمی رد کا ایک مؤید پیوند لگا دیا جاتا ہے بعض وقت جب ایسا نہیں کیا جاسکتا تو حصات پر کلیوی سنگ میں سے براہ راست ایک شکاف دیا جاتا ہے۔ اور اس کے متعلق یہ مشورہ دیا جاتا ہے کہ یہ شکاف بیرونی اور وسطی تہائی حصوں کے اتصال پر دینا چاہئے کیونکہ یہ حصہ بقیہ گردہ سے نسبتاً فقید الدم ہوتا ہے (ہرٹل: Hyrtl)۔

فوق کلیوی اجسام (suprarenal bodies) گردوں کے بالائی قلوبوں

واقع ہوتے ہیں مگر یہ ان اعضا کی نسبت ڈایا فرام سے زیادہ مضبوطی سے متحد ہوتے ہیں، جیسا کہ اس امر سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ گردوں کے ساتھ ہی اپنی جگہ سے نہیں ہلکتے۔ دایاں جسم جگر کے دائیں نختہ کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ اور ورید اجوف تحتانی (inferior vena cava) سے یہ استقدر نزدیک ہوتا ہے کہ یہ دونوں الٹہابی انضمامات سے پسپیدہ ہو سکتے ہیں۔ ان غدہ سے ایک اندرونی افراز (ایڈرنی نلین: adrenalin) بنتا ہے جو بلاشبہ غیر مخطط عضلات کی تفس کو منظم رکھنے سے تعلق رکھتا ہے۔ اس کے براہ راست لگانے سے شریانوں میں القاض پیدا ہو جاتا ہے اور ردہ میں تنگی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس غدہ کی وظیفی فعالیت اس کی عصبی رسد سے جو نسبتاً کثیر ہوتی ہے منظم رہتی ہے (کننن: Cannon)۔ سخت مشقت یا شدید چوٹ یا طویل المدت عملیات کے بعد اس کی ایڈرنی نلین (adrenalin) کی مقدار بہت کم یا ختم ہو جاتی ہے۔ اس جسم کا قشرہ اس سرحلہ سے نمونہ پاتا ہے جس سے ولفی جسم (Wolffian body) دھکا ہوتا ہے۔ اس کے کلب کو جو نظام مشار کی سے پیدا ہوتا ہے سسی ضمیرہ (solar plexus) سے بہت سی عصبی رسد آتی ہے۔

برگردوں (suprarenals) کے مرض سے جلد کی رنگت نحاسی ہو جاتی ہے، جیسا کہ ایڈیسن کے مرض (Addison's disease) میں ہوتا ہے۔

حالبین (ureters) تقریباً ۱۱ انچ لمبی مضبوط نلیاں ہیں جن کی عضلی دیواریں موٹی ہوتی ہیں۔ اور یہ بتامہ باریطون کے پیچھے واقع ہوتے ہیں، جس سے یہ ڈھیلے طور پر پسیدہ ہوتے ہیں۔ ان کا اوسط عرض پر کے قلم کے برابر ہوتا ہے۔ حالب اوپر سے لیکر نیچے تک مندرجہ ذیل بافتوں پر ٹکڑا ہوتا ہے۔ (۱) عضلہ خصریہ (psaos muscle) اور تناسلی ساقی (genito-crural) (تناسلی نخذی: genito-femoral) عصب پر۔ (۲) بائیں جانب پر مشترک حرقنی (common iliac) عروق پر اور دائیں جانب پر خارجی حرقنی (external iliac) پر۔ داخلی حرقنی (internal iliac) شریان پر سے نیچے کی طرف گزرنے کے بعد یہ نشانہ کے موخر کا ذب رباط میں داخل ہو جاتا ہے، اور اس طرح دیوار نشانہ میں پہنچ جاتا ہے۔ عورتوں میں یہ رباط عریض کے قاعدہ میں سے گزرتا ہے، جہاں رجی شریان عقی الرحم سے تقریباً ۱۱ انچ کے فاصلہ پر اس پر پھرنی بنا کر گذرتی ہے۔ نشانہ میں داخل ہونے سے پیشتر یہ مہبل کے بالائی حصہ کی چھت پر ٹکڑا ہوتا ہے۔ اور اگر اس درجہ میں کوئی حصات مجبوس ہو جائے تو وہ آسانی سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔

اس نلی کا تنگ ترین حصہ وہ ہے جو نشانہ کی دیواروں میں واقع ہوتا ہے۔ اور جب حالب میں سے کلوی حصات گذرتے ہیں تو یہ اکثر اس مقام پر پھنس جاتے ہیں۔ دو اور تنگ مقامات ہیں جن پر حصات کے ٹھہرنے کا امکان ہوتا ہے یعنی اس نلی اور حوض گردہ کے مقام اتصال پر اور اس مقام پر جہاں یہ حوض کی لگو کو عبور کرتی ہے۔ حالبین میں بہت سائندہ واقع ہو سکتا ہے اور تدریجی اتساع کی بعض حالتوں میں یہ معائے صغیر کے برابر بھی چوڑے ہو گئے ہیں۔ حالب کا انشقاق خارجی چوٹ سے ہو سکتا ہے۔ جب اس قسم کا واقعہ ظہور پذیر ہوتا ہے تو عام طور پر نشانہ کا ایک بڑا اجتماع باریطون کے پیچھے بن جاتا ہے۔ اور اس سے نتیجہ پیدا ہونے سے جدور کے پیچھے ایک متموج سلعہ بن جاتا ہے۔

حالب گردہ کے جوف میں ایک قیف نما کھف (کلوی حوض) کی شکل میں پھیل جاتا ہے۔

اور یہ کہفہ کموں (calyces) میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ حوض یا کموں میں حصات اکثر ٹھہر جاتے ہیں۔ کماے اتنے تنگ ہوتے ہیں کہ ان میں استقصا کرنے والی انگلی داخل نہیں ہو سکتی۔

حالب کی عصبی ربرد کلوی ضعیفہ سے آتی ہے اور اس کے عروق کلوی اور تھانی مثانی اور زیر باریطونی ضعیفوں سے آتے ہیں۔ اس کے عضلی طبقات میں ایک خاص انقباضی توازن پایا جاتا ہے۔ اور انتہائی تخریک پذیری کا مقام حوضی حالبی (pelvi-uretral) مقام اتصال ہوتا ہے۔ لہذا اسی مقام پر حرمی دوری موجیں شروع ہوتی ہیں اور پیشاب کے چھوٹے چھوٹے قطرہوں کو مثانہ کی طرف بہا لیتی ہیں بعض حالتوں میں استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) نتیجی کا نتیجہ نہیں ہوتا بلکہ مذکورہ توازن کے مرکز کی کسی فتور یافتہ حالت کا نتیجہ ہوتا ہے۔

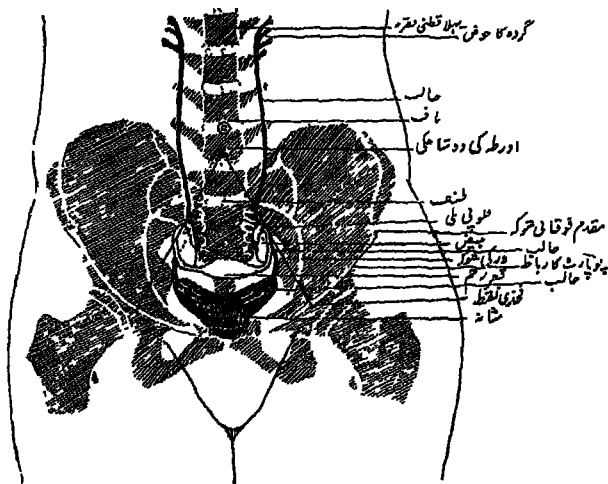
حالب کے تشوہات کا بیان پہلے کر چکا ہے (صفحہ 484)۔

لاشعاعوں کی مدد سے منفرد حصیات کی تلاش کرنے کے لئے حالب کے عم کو طامہ کرنا مندرجہ ذیل طریقہ مفید ثابت ہوگا۔ گردہ کا حوض اوپر کے دونوں قطبی فقرات کے مستعرض زوائد کے درمیان واقع ہوتا ہے (شکل ۱۱۲)۔ سطح جسم پر اس کا محل اس نقطہ کے جو مراد کے لئے استعمال کیا جاتا ہے عین اندر کی طرف ایک نقطہ متعین کرنے سے ظاہر کیا جاسکتا ہے (صفحہ 467)۔ اور حالب کا خط تیسرے اور چوتھے قطبی فقرات کے مستعرض زوائد کی فوکوں اور عجری حرقفی غضروفی مفصل (sacro-iliac synchondrosis) کو کاٹتا ہوا گذرتا ہے۔ حوض کی لگر پر سے حالب مشترک حرقفی ثریان کی دو شاخیں پر سے یا اس کے قریب سے گذرتا ہے، اور یہ مقام اس خط کے اوپر کے ایک تہائی اور نیچے کے دو تہائی حصوں کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے جو اورطی دو شاخیں سے لیکر خنذی نقطہ تک کھینچا جائے (دیکھو شکل ۱۱۲ اور شکل ۸۹ صفحہ 398)۔ اس کا حوضی مخرج دار ہوتا ہے (شکل ۱۱۲)۔ اور اس کے باہر کی طرف کے خم کا انحداب کی شوکہ (ischial spine) کے سامنے کی طرف اس سے پانچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ مثانی دھنسہ کو مایہ نگارش میں عافی شوکوں سے کچھ فاصلہ پر ان کے اوپر اور اندر کی طرف تلاش کرنا چاہئے۔

حصیات کی تلاش کرتے وقت یہ یاد رکھنا مناسب ہے کہ رحمی اور حوضی وریدوں کے اندر کے وریدی حصیات (phleboliths) اور نیز حوضی لمفی غدود کے باقی ماندہ مکمل حصوں سے بھی گھنے رائے آجاتے ہیں۔

شکلی اختلاو کی عصبی راسد۔ جو اعصاب شکلی اختلاو کو رسد پہنچاتے ہیں

اور جن شوکی قطعات سے یہ آتے ہیں ان کا کسی قدر ذکر پہلے بھی کیا جا چکا ہے (صفحہ 39a)۔ ان



آکر ملتی ہیں۔ اور کچھ شاخیں ڈایا فرامی (phrenic) ضفیروں میں سے برگردی ضفیروں کو جاتی ہیں۔ ان اعصاب کے ذریعہ سے عروق خون کا قطرہ اور شکم کے اندر کی مقدار خون منظم رہتی ہو۔ ان میں شکلی احتشاء کے لئے نہ صرف درآریا حسی ریشے ہی موجود ہوتے ہیں بلکہ امعاء کے لئے برآریا مضیق اور موسع ریشے بھی ان میں موجود ہوتے ہیں۔ یہ اچھی طرح سے سمجھ لینا چاہئے کہ اگر ان وسیع جالوں پر جن کے اطرافی اور مرکزی تعلقات اتنے وسیع ہیں اور جن کے علاقہ جات حیوی اعضا سے اس قدر اہم ہیں کوئی اثر ڈالا جائے تو اس کے نتائج اہم ہونگے۔ یہ نتائج گہرے مہو طائفے اور ان خطرناک علامات پر مشتمل ہیں جو احتشاء کی اور خالصتاً ان اشیا کی شدت ضربوں میں پائے جاتے ہیں جو ان بڑے بڑے ضفیروں سے بالکل براہ راست تعلق رکھتے ہیں۔

مستعرض، نزولی، حرقفی، اور حوضی قولونوں کے بعدی حصوں کو تحتانی ماساریتی ضفیروں سے اور نیز ان اہم ریشوں سے رسد پہنچتی ہے جو حوضی ضفیروں سے آتے ہیں۔ قولون کے قریبی حصہ کو اگرچہ فوقانی ماساریتی ضفیروں سے رسد پہنچتی ہے مگر یہ رسد صرف اس کے اس حصہ سے آتی ہے جو بڑے بڑے مرکز سے بہت بعید ہوتا ہے۔ اور یہ ایک تین امر ہے کہ ضرر مبینا معدہ قریب ہوگا اس سے پیدا شدہ عصبی منطہ ہر اتنے ہی خطرناک ہونگے۔ بشرطیکہ دوسری حالتیں مساوی ہوں۔ شدید ترین علامات ان حصوں میں پیدا ہوتے ہیں جن پر اعصاب تائیس کا اثر غالب ہے۔

جگر اور معدہ کے بعض امراض میں کندھوں کے درمیان یا کتفین (scapulae) کے تحتانی زاویوں کے قریب مشارکی (sympathetic) یا بعدی (referred) دروں کی شکایت کی جاتی ہو۔ یہ درد کتف کے زاویہ سے کچھ فاصلہ پر نیچے کی طرف ظاہر ہوتے ہیں۔ معدہ کے اعصاب زیادہ تر ساقوں اور آٹھوں شکو کی قطعات سے اور جگر کے آٹھوں اور نویں شکو کی قطعات سے آتے ہیں۔ ان قطعات کے جلدی رقبہ جات ان اعضا کے مرض زدہ ہونے پر الیم ہو جاتے ہیں اور ان رقبہ جات کے بعض مقامات پر درد بعید محسوس ہوتا ہے (شکل ۵ ص ۳۹۰)۔ کندھے کی نوک کا درد جو اکثر مرض جگر میں پایا جاتا ہے اس رقبہ میں محسوس ہوتا ہے جس کو چوتھا حقیقی قطعہ رسد پہنچاتا ہے۔ اور یہ وہی قطعہ ہے جس سے ڈایا فرام اور زیر ڈایا فرامی اتصالی بافت کو ڈایا فرامی (phrenic) اعصاب کے ذریعہ سے رسد

یہ نہی ہے۔ یہ یاد رہے کہ یہ اعصاب ٹوایا فراہم کی زیریں سطح پر متفرع ہوتے ہیں، اور جب گری فٹور یافتہ مالتوں میں ماؤف ہو جاتے ہیں۔ سنگمانا عوجہ (عوضی قولون) کے مرض اور گھٹنے کے درد میں، بظاہر کوئی تعلق معلوم نہیں ہوتا۔ مگر اس عوجہ کے سرطانات کے واقعات اور ان مثالوں میں جن میں یہ براڑے متحد ہو جاتا ہے اس قسم کے درد کی شکایت کی گئی ہے۔ درد عصب ساد (obturator nerve) کے ساتھ ساتھ جاتا ہے جو سنگمانا عوجہ کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ اور جب رودہ مرض زدہ ہو تو یہ اس سے باسانی دب سکتا ہے۔ معائے صغیر میں جو درد پیدا ہوتا ہے وہ بالعموم ناف کے قرب و جوار یعنی دسویں ٹھہری عصب کے تفرع سے منسوب ہوتا ہے (شکل ۵ صفحہ 390)۔ یہ امر تعجب خیز معلوم ہوتا ہے کہ یہ درد اتنے تنگ رقبہ سے منسوب ہوتے ہیں۔ مگر اس کی مکمل توجیہ اس امر سے ہوتی ہے کہ تمام معائے صغیر جنہی غذائی خط کے ایک نہایت ہی چھوٹے حصہ سے پیدا ہوتی ہے۔ کینج ران کے ساتھ ساتھ (بارہویں ٹھہری اور پہلے قطنی اعصاب کے ساتھ ساتھ) جو درد ہوتا ہے وہ بہت سے مآخذ سے آتا ہے یعنی گردہ، حالب، بیض، خصیتین، فلوپی نالیوں، رحم، زائیدہ، اور کولے کے جوڑ کے امراض سے اور فتوق سے۔ لہذا اگر درد بعید اس خط میں محسوس ہو تو مرض کا مبداء معلوم کرنے کے لئے ان تمام حصوں کے متعلق تحقیقات کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

شکلم کے عروق خون۔ شکلی اور ط کی بعض شاخوں کی جسامت بڑی

ہوتی ہے، چنانچہ شکلی محور (coeliac axis) اور فوقانی ماسارٹری (superior mesenteric) شریان اتنی بڑی ہوتی ہے جنہی کہ مشترک سباتی (common carotid)۔ طحالی کبدی اور کلوی عروق تقریباً عضدی (brachial) کے برابر ہوتے ہیں۔ اور تحتانی ماسارٹری (inferior mesenteric) تنے کے سب سے بڑے حصہ کے البعاد زندگی (ulnar) شریان کے برابر ہوتے ہیں۔ اگرچہ فوقانی ماسارٹری شریان کی شاخوں کے درمیان قبل اس کے کہ ان سے آخری جال بنے رویا بعض اوقات تین ٹنھی محرابیں پائی جاتی ہیں، مگر مقابلہ چھوٹی سی شاخ کی سداد سے بھی رودہ میں گنگرین واقع ہو جاتی ہے۔

اگر یہ یاد ہے کہ قطنی غدود و رید اجوف (vena cava) اور حقیقی و ریدوں کے

493

آس پاس واقع ہوتے ہیں تو یہ معلوم ہو جائیگا کہ ان اجسام کی بہت سی کٹانی کی وجہ سے دباؤ پڑنے سے تسبیح پیدا ہو سکتا ہے۔ تمام معائے صغیر کی نگوین بابی ورید (portal vein) کی سد ادیت سے پیدا ہو سکتی ہے۔ برنارڈ (Barnard) نے جس واقعہ کی اطلاع دی ہے اس میں سد ادیت اس مقام پر الہتابی مچاؤ سے واقع ہو گئی تھی جہاں یہ ورید بلبہ کی گردن کے پیچھے سے گذرتی ہے۔

ورید اجوف تحتانی (inferior vena cava) کامیابی سے باندھی جا چکی ہے۔ اور جانب وریدوں میں سے جو کلاں ہو جاتی ہیں بڑی بڑی وریدیں بے قرین (azygos) اور بومعدی اور دروں فقری وریدیں ہیں۔ پروفیسر شٹاک (Prof. Shattock) نے ورید اجوف کی مکمل سد و دیت کے ایک واقعہ یعنی ڈاکٹر ڈیلو ریورس پولک (Dr. W. Rivers Pollock) کے واقعہ کی اطلاع دی ہے۔ ڈاکٹر پولک نے ۲۰ گز کی ٹٹیوں کی بین الجاماتی دوڑ ۶ سیکنڈ میں جیت لی اور سابقہ اندراجات پر سبقت حاصل کی۔ تمام دوڑ میں اس نے اپنا سانس روک رکھا اور جب وہ فیت سے آگے گذرا تو اس پر ہبوط طاری ہو گیا۔ سانس روکنے سے خون بڑی بڑی شریانوں میں رک جاتا ہے۔ اس قسم کی دوڑ میں قلب اور نابض عضلات خون کو بڑے بڑے وریدی تنوں میں آگے کی طرف کو دھکیلتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ورید اجوف تحتانی بیش متدد، ضرر رسیدہ اور شائد علقیت زدہ ہو جاتی ہے اور پھر انجام کار سدود ہو جاتی ہے۔ کینج ران سے جو وریدیں بخل اور پستان کی طرف آتی ہیں وہ بتدریج متدد اور دوالی نما ہو جاتی ہیں۔ اور ورید اجوف تحتانی کی قائم مقام بن جاتی ہیں۔ ڈاکٹر پولک پھر پھر معدور رہا۔ اور اسے نچکدار سہاروں کا استعمال کرنا پڑا۔ کلوئی وریدیں بھی سدود ہو گئی تھیں، مگر کلوئی اور زیر باریطونی وریدوں میں ربط پیدا ہو گیا تھا، بہر حال گردوں نے ایسا فعل ہرگز نہیں کیا جیسا کہ وہ زمانہ صحت میں کرتے تھے۔

متدد چھوٹے چھوٹے نہایت اہم تفصیلات شکمی اور طہ کی خسانی شنائوں اور شکمی جدور کے بعض عروق کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ یہ تفصیلات زیر باریطونی بافت میں واقع ہوتے ہیں، اور اکثر انہی احشاء سے تعلق رکھتے ہیں جن کی کافی کوسیع سطح اس غشاء سے معرا ہوتی ہے۔ جو خسانی شنائیں ان تفصیلات میں آکر ملتی ہیں وہ کبدی، کلوئی، اور برگردی شریانوں اور

ان عروق سے آتی ہیں جو آٹھ عشری کے زیرین حصہ، لبلبہ، احور، اور قولون کے سعودی اور نزولی حصوں کو رسد پہنچاتے ہیں۔ مذکورہ بالا عروق سے جو جہداری عروق ملتے ہیں وہ ڈایا فرامی (phrenic) اور قطنی اور برقی قطنی اور زیرین بین ضلعی اور بر معدی اور منحن حسرفنی (circumflex iliac) تنوں سے نکلتے ہیں۔ پروفیسر چیئن (Prof. Chiene) نے ایک واقعہ بالتفصیل بیان کیا ہے۔ اس میں شکمی محور (coeliac axis) اور ماساریقی عروق میں ڈاٹ لگ گئی تھی، لیکن ان شریانوں کی شاخوں میں احتیاء کو رسد پہنچانے کے لئے خون کی ایک کافی مقدار ان کے جہداری رابطوں کے راستہ سے پہنچ جاتی تھی۔

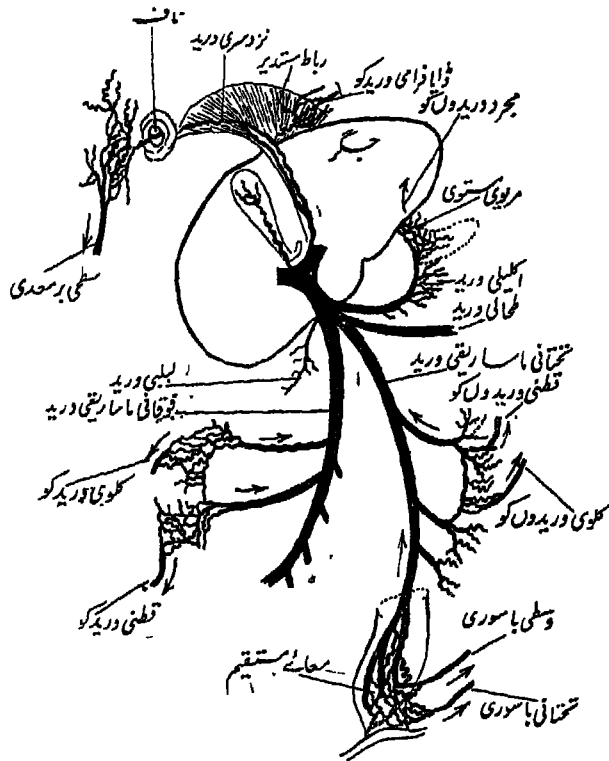
بابی دوران خون کے تسد دیں جو جگر کے مرض سے پیدا ہوتا ہے

خون بابی ورید میں سے نظامی وریدوں میں مندرجہ ذیل مقامات پر داخل ہو سکتا ہے (نکل ۱۱۳)۔
 (۱) معائے ستقیم کے زیرین حصہ پر فوقانی باسوری وریدوں میں سے تحتانی اور وسطی باسوری وریدوں میں۔ (۲) مری پر اکیلی وریدوں میں سے ملوی وریدوں میں۔ (۳) دانتی شکل (falciform) رباط اور رباطات مستدیر میں بابی ورید سے بر معدی کی شاخوں میں۔ (۴) شکم کی موجودہ رباط کی زیر باریطونی بافت میں جہاں کلوی اور ڈایا فرامی (phrenic) اور قطنی اور بین ضلعی وریدیں ماساریقی اور لبلبی اور دوسری وریدوں سے خون وصول کرتی ہیں۔ ثرب یا حشائی باریطون اور جہداری باریطون کے درمیان انضمامات پیدا کرنے سے جیسا کہ ٹالما مورسین (Talma-Morrison) کے عملیہ میں کیا جاتا ہے بابی اور وریدی دوران خون کے درمیان نئے اور بڑے بڑے رباط پیدا کر دئے جاتے ہیں۔ خارجی صرغنی ورید اور بابی ورید کے درمیان رباط موجود ہونے کے واقعات درج کئے گئے ہیں۔ یہ رباط عام طور پر عمیق بر معدی ورید سے پیدا ہوتے ہیں جو ناف کے قریب جوا میں کسی سابقہ تھری ورید سے مل جاتی ہے۔

صدری قنات (thoracic duct) - صدری قنات بائیں عضلہ قصیہ

حلیہ (sterno-mastoid) کے زیرین حصہ کے نیچے سے تدرن زدہ غد کے علیحدہ کرنے کے دوران میں زخمی ہو سکتی ہے۔ یا جیسا کہ بعض بیان کردہ واقعات میں ہوا ہے، یہ گردن کی ہول میں

کھٹے جاتی ہے۔ ہر ایک حالت میں لمف اور کیلوس بہت بڑی مقدار میں زخم سے بہنے لگتا ہے۔ یہ قنات دوران حیات میں منکسر ہو چکی ہے۔ اور طرہ یہ ہے کہ اس سے کوئی نمایاں علامات پیدا نہیں ہوئے۔ فوق تر قوی منکسر میں سے غد مذکالئے وقت یہ کاٹی اور باندھی جا چکی ہے اور کوئی خرابی نتیجہ



شکل ۱۱۳ ان مقامات کو نظر کر کے یہ سنیں بانی اور نظامی دروڑا ناستِ خون میں
رابطہ موجود ہوتے ہیں۔

(جے۔ ایس۔ بی سٹاپ فورڈ کے مطابق)

برآمد نہیں ہوا۔ لیفت (Leaf) نے یہ ثابت کیا ہے کہ صدری قنات موخر منصف میں بے قرین (azygos) وریدوں سے اور صدر اور گردن کی دائیں جانب کے لمفی عروق سے آزادانہ ربط رکھتی ہے۔ شکم کے بالائی حصہ میں واقع شدہ خبیث سلعات کے انتشار کے لئے یہ اکثر ایک جبری کام دیتی ہے۔ سرطان معدہ میں گردن کی بائیں جانب کے تحتانی عمیق غدد کی کلانی عام طور پر پائی جاتی ہے۔ اور بعض اوقات پہلی امارت ہوتی ہے جو مشاہدہ میں آتی ہے (ڈبلیو ایم سٹیونس : W. M. Stevens)۔ یہ قنات اکثر ایک ڈلٹا پر ختم ہوتی ہے جو کئی ایک شاخوں سے بنا ہوتا ہے۔ لہذا علم کے بعد کیلوس کے عارضی طور پر بہانے کا مطلب لازمی طور پر یہ نہیں ہوتا کہ تمام قنات بعد میں تدبیر سے منطس ہو جائیگی کیونکہ یہ ممکن ہے کہ بعض شاخیں ضرر سے بچ گئی ہوں۔

باب سیم حوض اور احتشائے حوض

حوض کا میکا نیہ۔ بعض احتشائے کھٹے کا، اور بعض شکی اعضا کے لئے سہارے کا، اور جارح اسفل اور بہت سے عضلات کے لئے چسپیدگی کے مقام کا کام دینے کے علاوہ، حوض کھڑے ہونے اور بیٹھنے کی حالت میں جسم کے وزن کو منتقل بھی کرتا ہے۔ یہ انتقال وزن دو محرابوں کے ذریعہ سے عمل میں آتا ہے۔ ان میں سے ایک کھڑے ہونے کی حالت میں کام آتی ہے اور ایک بیٹھنے کی حالت میں۔ کھڑے ہونے کی حالت میں محراب عجز (sacrum) اور عجزی حرقنی مفصل اور فنجانات (acetabula) اور ہڈی کے ان دونوں جو موخر الذکر دونوں مقامات کے درمیان پھیلے ہوئے ہیں بنتی ہے۔ اگر ان کے سوا حوض کے تمام دوسرے حصے کاٹ دئے جائیں تو بقیہ حصے پھر بھی جسم کا وزن برداشت کر سکیں گے اور اس مادہ محراب کو طار کر نیچے جس میں سے وزن منتقل ہوتا ہے۔ بیٹھنے کی حالت میں محراب عجز اور عجزی حرقنی مفصل اور ور کی حدیہ جات (tubera ischiorum) اور ہڈی کے ان مضبوط دونوں پر مشتمل ہوتی ہے جو موخر الذکر دونوں حصوں کے درمیان پھیلے ہوئے ہیں۔ سرمنہ سری مورس (Sir Henry Morris) نے ان دونوں محرابوں کو فخذی عجزی (femro-sacral) اور

در کی عجزی (ischio-sacral) نام دئے ہیں۔ لاسمی (innominate) ہڈی کا امتحان کر کے یہ ظاہر ہوگا کہ اس کے سب سے موٹے اور سب سے مضبوط حصے وہ ہیں جو ان محرابوں کے خطوط میں واقع ہوتے ہیں۔ ”جب محراب میں بہت زیادہ طاقت کی ضرورت ہوتی ہے تو اسے حلقہ کی شکل میں بڑھا دیا جاتا ہے تاکہ ایک محراب مقابل بن جائے یا محراب کے سروں کو ملانے کے لئے ایک بندھن (tie) بنادی جاتی ہے اور اس طرح ان کو باہر کی طرف کو سرکنے سے روک دیا جاتا ہے۔ عین کے جسم اور ان کے افقی فروع سے فحذی عجزی محراب کی اور عین کے متحدہ فروع اور عظم در کی سے در کی عجزی محراب کی بندھن یا محراب مقابل بنتی ہے۔ اس سے اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ جب حوض کو کوئی زیادہ وزن برداشت کرنا پڑتا ہے، مثلاً حمل میں، تو ارتفاق پر آنا بار کس طرح پڑتا ہے۔ اور جن حالتوں میں یہ جوڑ کمزور یا ماؤف ہو جاتا ہے ان میں اتنی نا طاقتی اور کھڑے ہونے اور بیٹھنے کی عدم استطاعت کیوں پائی جاتی ہے۔ اور کساحت (rickets) اور لینت العظام (mollities ossium) میں حوض کا مقدم حصہ جسم کے وزن سے خمیدہ اور بد شکل کیوں ہو جاتا ہے۔ یہاں یہ بیان کیا جاسکتا ہے کہ کساحت کی بدشکلی بچہ کی عمر کے لحاظ سے جس میں یہ مرض شروع ہوا اور اس ہئیت (attitude) کے لحاظ سے جب کہ وہ مریض ہو بہت مختلف ہوتی ہے۔ کساحتی حوض کی عام قسم میں دونوں فغان ایک دوسرے کے قریب آ جاتے ہیں اور حوض کا مقدم حصہ خمیدہ ہو جاتا ہے، جس سے ارتفاق آگے کی طرف کو نکل جاتا ہے، اور کھفہ مستعوض قشر میں بہت تنگ ہو جاتا ہے۔ شدید حالتوں میں عانی محراب بعض اوقات عملاً مہبوط ہو جاتی ہے۔ اور افقی فروع ایک دوسرے کے تقریباً متوازی ہو جاتے ہیں۔

انتصابی ہئیت میں حوض اس قدر مائل ہو جاتا ہے کہ اصلی حوض کی گلو کا مستوی افق کے ساتھ ۶۰ سے لیکر ۶۵ تک کا زاویہ بناتا ہے۔ عجز کا قاعدہ ارتفاق کے بالائی کنارے سے تقریباً ۳ انچ اوپر ہوتا ہے۔ اور اس کی لوک اس کے زیرین کنارے سے ذرا اونچی ہوتی ہے۔

لے سر مہتری مورس۔ ”مفاصل“ (The Joints) صفحہ ۱۱۶ پر حوض کے میکانشیز کا نہایت گراں قدر بیان پایا جائے گا۔

(بالغ کے) تمام کمر کے جاذبہ قطنی عجزی تراویر کے عین اوپر اس خط کے عین وسط پر ہوتا ہے جو عظام فخذی کے سروں کے درمیان کھینچا جائے۔

حوض کے کسور۔ جو کچھ ابھی بیان کیا گیا ہے اس کا ملخص یہ ہے کہ حوض کے

کمزور ترین حصے ارتفاق (symphysis) اور عجزی حرقنی جوڑوں پر پائے جاتے ہیں۔ مگر ان حصوں کی ہڈیاں قوی رباطات سے اس مضبوطی سے جوڑی ہوتی ہیں کہ ان مفصل کا خلع بہت نادر وقوع ہے، اور ہم پہلو ہڈیوں کا کسر بہت عام ہے۔ حوض کا عام ترین کسر کمزور محراب مقابل میں واقع ہوتا ہے، اور عانین اور عظام ورکی کے فروغ پر اثر انداز ہوتا ہے۔ اس کسر میں عجزی حرقنی جوڑے کے قریب رباطات کی اکثر کچھ دریدگی پائی جاتی ہے۔ اور یہ ان حوادث میں پایا جاتا ہے جو نہایت مختلف اقسام کے ضربات سے ظہور پذیر ہوتے ہیں۔ اس حالت کو ٹلو (Tillaux) نے یوں بیان کیا ہے۔ اگر (۱) حوض کو مقدم موخر رخ میں مضبوط کیا جائے تو قوت کا زیادہ محراب مقابل پر پڑتا ہے، جو بلا واسطہ ضرب سے کسور ہو جاتی ہے۔ اگر اس قوت کا سلسلہ جاری رہے تو اس کا رجحان دونوں حرقنی ہڈیوں کو ایک دوسرے سے دور ہٹانے کی طرف ہوتا ہے اور اس طرح یہ عجزی حرقنی کے مفصل کے مقدم رباطات کو شق کر دیتی ہے۔ اور اگر (ب) طاقت کا اثر متعترض ہو تو دونوں فحجانوں کا رجحان دب کر ایک دوسرے کے قریب آنے کی طرف ہوتا ہے۔ محراب مقابل زیادہ خمیدہ ہو جاتی ہے اور انجام کار بالواسطہ ضرب سے ٹوٹ جاتی ہے۔ اسی تسلسل میں ضرب دونوں حرقنی ہڈیوں کو ایک دوسرے کے قریب دھکیل دیتی ہے اور اس حالت میں بار عجزی حرقنی جوڑے پر پڑتا ہے۔ اور اس جوڑے کے موخر رباطات کے ٹوٹنے کا احتمال ہوتا ہے یا ہڈی کے وہ حصے جو اس جوڑے کے ہم پہلو ہوتے ہیں دریدہ ہو کر علیحدہ ہو جاتے ہیں۔ گرنے کے ان واقعات میں جب کہ مریض پاؤں یا ور کی حدیہ جات کے بل گرتا ہے یہ سمجھ میں آسکتا ہے کہ بہت سی مثالوں میں بڑی بڑی محرائیں بہت مضبوط ہونے کی وجہ سے کس طرح ضرر سے بچ جاتی ہیں، اور محراب مقابل کسور ہو جاتی ہے۔

حوض کے ہر ایک حصہ میں بشمول عجز ایسی بلا واسطہ ضرب سے جس کا محل وقوع بہت محدود ہو کسرا واقع ہو سکتا ہے۔ مقدم موخر اور موخر فوقانی شک جات بھی علیحدہ ہو چکے ہیں اور

حرقنی عرف پر بھی کم دیش ہی صادق آتا ہے۔ موصو الذکر حصہ بطور برہالہ کے علحدہ ہو سکتا ہے۔ ہڈی کے ساتھ یہ تقریباً چوبیسویں سال پر متحد ہوتا ہے۔ ایک واقعہ میں مقدم تختانی شوکی زائدہ دوڑیں حصہ لینے کے دوران میں عضلہ مستقیمہ کے فعل سے علحدہ ہو گیا تھا۔

لا اسمی ہڈی (os innominatum) تین تشریحی حصوں میں ٹوٹی ہے۔ یہ حادثہ تقریباً سترہویں سال کے بعد واقع نہیں ہو سکتا کیونکہ اس زمانہ میں وائی (۷) کی شکل کا غضروف بالعموم کلی طور پر منتظم ہو جاتا ہے۔ اور تینوں ابتدائی ہڈیاں فنجان میں کل طور پر متحد ہو جاتی ہیں اس قسم کے اتحاد کے واقع ہونے سے پیشتر کولے کے جوڑ کا خراج اکثر غضروف میں سے گذر کر حوض میں پہنچ جاتا ہے۔ فنیچال میں کسر واقع ہو چکا ہے، اور فخذی کامر اس کے باریک ترین حصہ میں سے گذر کر حوض میں جا چکا ہے (مرکزی خلع)۔ عانین اور عظم ورکی (ischium) کے کسور میں مثلاً بعض اوقات تیز ٹکڑوں سے دریدہ ہو جاتا ہے۔ اور مجاری بول اور مہل کو بھی ضرر پہنچ جاتا ہے۔ عجری کے کسور میں معائنے مستقیم پھٹ چکی ہے اور نیچے کے ٹکڑے سے (جو ہمیشہ آگے کی طرف کو چلا جاتا ہے) اس طرح مضبوط ہو چکی ہے کہ تقریباً بندی ہو گئی تھی۔

500

ارتفاق عانہ (symphysis pubis) - ارتفاق کی ہڈیوں کی علحدگی بغیر

کسر کے شدید چوٹ سے واقع ہو چکی ہے۔ ماہل گین (Malgaigne) نے تین واقعات متعلق اطلاع دی ہے جن میں یہ علحدگی صرف شدید عضلی زور یعنی دونوں طرفوں کے مقرب عضلات کے انتہائی فعل سے واقع ہوئی تھی۔ منقبض حوض کی حالت میں وضع حمل کے دوران میں زیادہ گنجائش حاصل کرنے اور اس طرح قیصری عمل سے احتراز کرنے کے لئے ارتفاق عانہ کو کاٹا جاسکتا ہے۔ اس کا استناد لیغی غضروف اور متعرض محلی لیغی بندوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کی گہرائی پانچ انچ کے درمیان ہوتی ہے، اور اسے زیر جلدی طور پر کاٹا جاسکتا ہے، اور اس طرح ہڈیاں پورا پورا کشادہ ہو جاتی ہیں۔ مگر یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ مقدم موصو قطر کو پانچ برٹھانے کے لئے ہڈیوں کو انچ تک دور ہٹانا ضروری ہوتا ہے۔ اور اس قسم کی علحدگی سے عجری حرقنی رباہات دریدہ ہو جاتے ہیں اور حوضی اجزاء کی چسپیدگیوں کو ضرر پہنچتا ہے۔

عجری صرقنی جوڑ (sacro-iliac joint) میں بعض اوقات مرض ظہور پذیر

ہوتا ہے۔ طبعی طور پر اس جوڑ میں ایک زلانی فضا اور سیدھ حرکت موجود ہوتی ہے۔ چونکہ یہ مفصل حوض کی بڑی بڑی محرابوں کی سیدھ میں واقع ہوتا ہے اسلئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ اس میں الہتاب واقع ہونے کی صورت میں مریض کے کھڑے ہونے اور بیٹھنے کی حالت میں اور خاص کر جبکہ جسم کو حوض پر گرجش دینے کی کوشش کی جائے بہت سارے محسوس ہوگا۔

جب **سراج** بنجاتا ہے تو اس کا رجحان آگے کو آنے کی طرف ہوتا ہے، کیونکہ مقدم رباط کمزور ہوتا ہے اور موخر رباط کثیف اور دبیز اور بہت مضبوط ہوتا ہے۔ جوڑ کی حوضی جانب پر پہنچنے کے بعد پیپ بعض اوقات حرقنی حوض میں پہنچ جاتی ہے، یا حرقنی خصری (ilio-psoas) غلاف میں داخل ہو جاتی ہے۔ یا قطنی عجزی جبل (lumbo-sacral cord) یا عظیم نائی عصب (great sciatic nerve) کے ساتھ ساتھ چلی جاتی ہے اور ران میں جا کر فلطاح عظیم کے پیچھے ظاہر ہو جاتی ہے، یا یہ عروق ساد (obturator vessels) کے ساتھ ساتھ چکر درقی سورخ تک پہنچ جاتی ہے اور انجام کار ان کی اندرونی طرف پر نمودار ہو جاتی ہے۔ بعض حالتوں میں خراج پیچھے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور اس کا منہ جوڑ کی موخر جانب پر بن جاتا ہے۔

پیچھے کی طرف سے اس جوڑ تک رسائی کرنا اس کی گہرائی اور اس کے موخر رباط کی مضبوطی کی وجہ سے بہت مشکل ہے۔ الوی خط میں سے یہ اس ٹنگاف سے بہتر طریقہ پر معرا کیا جاسکتا ہے جو حرقنی عرف کے موخر نصف کے تقریباً متوازی اور اس سے تقریباً ۲ انچ نیچے دیا جائے۔ الوی عضلات اور ردا کاٹ دی جاتی ہے حتیٰ کہ حرقفہ معرا ہو جاتا ہے اور جراح نسائی کٹاؤ کے بالائی حاشیہ کو انگلی سے محسوس کر لیتا ہے۔ پھر یہ جوڑ عظم حرقنی کا اُس خط کے وسط پر ترفان کرنے سے معرا کر لیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۲۴ صفحہ ۵۵۵)۔ جوڑ نائی کٹاؤ کے مقدم کنارہ سے لیکر اس نقطہ تک ٹھینچا جاتا ہے جو حرقنی عرف کے موخر اور وسطی تہائی حصوں کے مقام اتصال پر واقع ہو (وھیملر: Wheeler)۔

اس جوڑ کے عصبی تعلقات اہم ہیں اسکو فوقانی الوی (superior gluteal) عصب، اور قطنی عجزی جبل (lumbo-sacral cord) اور پہلا عجزی عصب، اور پہلا اور دو سر موخر عجزی عصب رسد پہنچاتے ہیں (مورس: Morris)۔ قطنی عجزی جبل اور

عصب ساد (obturator nerve) اس مفصل سے بہت قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ ان تعلقات سے یہ معلوم ہو جائیگا کہ عجری حرقنی (sacro-iliac) امراض میں درد عجری خط پر (بالائی عجری اعصاب) اور سرین (الوی عصب) میں محسوس ہوتا ہے۔ کولے اور گھٹنے کے جوڑوں میں اور ران کی اندرونی جانب کے ساتھ ساتھ (عصب ساد) بہت سے درد کی شکایت کی جاتی ہے۔ ایک یا دو بیان کردہ واقعات میں ساق اور ران کی پچھلی طرف میں شدید درد موجود تھا اور ساتھ ہی ان حصوں کے عضلات میں درخیز جھٹکے بھی پائے جاتے تھے (قلبی عجری جصل اور اس کا تعلق عظیم سائی عصب کے ساتھ ہوتا ہے)۔

عجری کا خلع (dislocation of the sacrum)۔ اس ہڈی کا عجیب و غریب

502

دو ہر افغان نما خاکہ اور وہ بہت سے کثیف رباطات جو اس کو اپنی جگہ پر قائم رکھتے ہیں اس کو اس جوڑ پر مخلوع ہونے سے باز رکھتے ہیں۔ یہ ہڈی بہت ترجمی واقع ہوتی ہے، اور اس لئے جسم کے وزن کا رجحان اس کے قاعدہ کو حوض کے اندر دھکیلنے اور اس کے راس کو اوپر اٹھانے کی طرف ہوتا ہے۔ مضبوط موخر عجری حرقنی رباطات پہلی حرکت کو اور عظیم عجری لسانی رباطات دوسری حرکت کو روکتے ہیں۔

عجری عصصی سلعات (sacro-coccygeal tumours)۔ عجری

عصصی خط اکثر خلقی سلعات کا محل ہوتا ہے۔ مزید برآں حوض کے اس حصہ کے ساتھ تیسرا زین چارہ بھی چسپیدہ پایا جاتا ہے جس سے ”سہ پاٹگی“ (tripodism) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ عمود شو کی کے اس حصہ سے طفیلی جنینیات بھی اکثر چسپیدہ پائے گئے ہیں۔ منضم جنینیات کی بہت سی مثالیں دونوں افراد عمود شو کی کے اس حصہ سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ بعض عجری غلصصی سلعات میں سرعلی دویرت اور جلد، عضلہ، عصب، ہڈی، غضروف اور غشائے مخاطی کے ٹکڑے پائے جاتے ہیں۔ یہ عجیب و غریب تو دسے عصص کے مقدم حصہ سے اس کے اور معائنے تقیم کے درمیان پیدا ہوتے ہیں۔ بعض کا یہ خیال ہے کہ یہ عصصی جسم سے پیدا ہوتے ہیں، اور بعض جیسا کہ بلینڈ سٹن (Bland-Sutton) کی رائے ہے ان ساختوں سے

پیدا ہوتے ہیں جن کو ماہرین جنینیات بعد مہزری رودہ (postnatal gut) اور عصوی گذرگاہ (neurenteric passage) کہتے ہیں۔

عجری عصوی جوڑ میں بعض اوقات خلج یا مرض واقع ہو جاتا ہے۔ ان میں سے
 ہر ایک عارضہ میں اس حصہ کے ان عضلات کے ذریعہ سے بکثرت حرکت کرنے سے جو عصص سے چسپیدہ ہیں (الویہ کبیرہ، عصصیہ، رافع مبرز، اور عضلہ عاصہ) بہت دور موجود رہتا ہے۔ خلج میں یہ ہڈی بعض اوقات معائنے سے تقسیم تکلیل کر آتی ہے اور تکلیف کا باعث ہوتی ہے۔ اس جوڑ میں اور اس کے ارد گرد کے حصوں میں بعض اوقات ایسا شدید وجع العصب (عصصی رد) (coccygodynia) پیدا ہو جاتا ہے کہ عصص کا استیصال کرنا پڑتا ہے، یا ان ساختوں کو کاٹنا پڑتا ہے جو اس کی پچھلی طرف کو ڈھانکتی ہیں۔ اس جوڑ اور اس کی ارد گرد کی پچھلی با کو مندرجہ ذیل اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔ دوسرے تیسرے اور چوتھے عجری اعصاب کی موخر قسمتوں سے، اور پانچویں عجری اور عصص کی مقدم اور موخر قسمتوں سے۔ پیرائہ سالی میں عصص نعلیم سے عجز کے ساتھ متحد ہو جاتا ہے۔

502 حوض کا فرش اور حوضی ردا۔ طبعی حالت میں عظمی حوض کے مخرج میں

پچھلے سے آگے کی طرف کو مندرجہ ذیل ساختیں پائی جاتی ہیں، عضلہ کمثریہ (pyriformis)، عجری نسانی رابطات، عضلہ عصصیہ، رافع مبرز (جو نہایت ہی اہم جزو ہے)، اور عجان کا مشکت رابط۔ ان سے حوض کا ڈایا فرام یا فرش بنتا ہے۔ موخر الذکر تینوں ساختیں کہند حوض کو عجان سے علحدہ کرتی ہیں اور حوضی احتشاء کے لئے ایک عضلی گہوارے کا کام دیتی ہے۔

فرش حوض کے روزن۔ دائیں اور بائیں رافعات مبرز کے مافی

عصصی ریشہ ایک تنگ درز کے ذریعہ سے علحدہ ہوتے ہیں جو اتفاقاً مانہ سے لیکر مہزری عصصی جہنم تک جاتی ہے۔ اس درز یا سیون میں سے فرش حوض کے روزن یعنی مہزری قنال، ہبل اور مجری بول کھلتے ہیں۔ اس درز کا طول تقریباً ۱۱ انچ ہوتا ہے۔ دوران مہزریا

رافع مبرز کے ریشے ڈھیٹے ہو جاتے ہیں اور قنال مبرز پیچھے کی اور نیچے کی طرف کو حرکت کر جاتی ہے جس سے درز مذکور تقریباً ۱/۲ انچ اور لمبی ہو جاتی ہے (آر - ایچ - پیرامور R. H. Paramore: دوران وضع حمل میں روزن ہبل جنین کے سر کے گزرنے سے بہت متہر ہو جاتا ہے۔ عضلی مساعی میں جبکہ شکم کا عضلی نظام بھی منقبض ہو جاتا ہے یہ درز یا سیون عانی عصعصی ریشوں کے انقباض سے جھوٹی ہو جاتی ہے اور قنال مبرز از اتفاق عانہ کی طرف کھینچ جاتی ہے۔ مزید برآں یہ درز قنال مبرز اور بولی تناسلی گذرگاہ کے درمیان عجائی (perineal body) سے پڑھتی ہے۔ دائیں اور بائیں عانی عصعصی عضلات کے ہم پہلو کناروں کے درمیان جوافت حائل ہوتی ہے اس میں بہت سا غیر مخطط عضلہ پایا جاتا ہے۔ سامنے کی طرف سے اس درز کو مثلث رباط سے قوت پہنچتی ہے۔ وسطانی عانی عصعصی ریشے اس رباط پر واقع ہوتے ہیں۔

حوضی ردا (pelvic fascia)۔ حوضی ردا ایک پیچیدہ ساخت ہے جو

مندرجہ ذیل حصوں سے مرکب ہوتی ہے۔ (۱) عضلی غلافات۔ (۲) حشائی غلافات یا کیسہ جات۔ (۳) سوتی غلافات۔ (۴) رافع مبرز کا محرابی (arcuate) رباط۔ عضلی غلافات مندرجہ ذیل ہیں۔ (۱) ردا ئے ساد (obturator fascia) جو عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کی حوضی جانب کو پوشیدہ کرتی ہے اور حوض کے اندر فی حصہ سے اس عضلہ کے مبداء کے ارد گرد چسپیدہ ہوتی ہے۔ (۲) وہ یعنی تختہ جو عضلہ کمثریہ (pyriformis) کی حوضی جانب پر ہوتا ہے اور جس میں داخلی صرفی عروق اور عجزی اعصاب مدفون ہوتے ہیں۔ (۳) رافع مبرز (levator ani) کا غلاف۔ اس کی عجائی جانب پر کی تہ مبرز (anal fascia) کے نام سے موسوم ہے، اور حوضی جانب پر کا طبقہ ردا کی حشائی تہ (visceral layer) کہلاتا ہے۔ (۴) مثلث رباط جو ایک لمبی بافت ہے جس سے یسقی ججری بول (constrictor urethrae) گھرا ہوتا ہے اور جو بصلہ قضیب کے لئے ایک محکم چسپیدگی کا کام دیتی ہے (ایلیٹ اسمتھ: Elliot Smith)۔ حشائی غلاف یہ ہیں۔ (۱) غدہ قدامیہ (prostate) کا غلاف۔ (۲) ہبل کا غلاف۔ (۳) معائیم کا غلاف۔ ان اعضا کی یہ یعنی پوشش جو حوض کے عضلی فرش پر تنگ ہوتے ہیں عضلہ رافع مبرز

(levator ani) کی بالائی سطح پر حشائی نہ سے اور گرد عرقی غلافوں سے مستند ہو جاتی ہیں۔ گرد عرقی غلافات مندرجہ ذیل ہیں۔ (۱) وہ لیفی بافت جو داخل حشائی حوضی (internal iliac) کی حشائی شاخوں۔ رحمی، مثانی، قدامی (prostatic) اور باسوری (haemorrhoidal)۔ اور اعصاب کے حوضی ضغیرہ کے ارد گرد پائی جاتی ہے (اس بافت کے کچھ حصہ کا ذکر حوضی اشتاء کے تعلیقی رباط: suspensory ligament کے نام سے کیا جا چکا ہے۔ لے۔ ایم۔ پیٹرسن: A. M. Paterson)۔ (۲) وہ لیفی غلاف جو داخل حشائی حشائی (internal pudic) عروق کو گھیرے ہوتا ہے جس کے ایک حصہ کو قنابل الکاک (Alcock's canal) کہتے ہیں۔

رافع مبرز کا محرابی وتر (arcuate tendon) وہ ساخت ہے جو ہلکے خط سفید کے نام سے بیان کی جاتی تھی۔ یہ لیفی بافت کا ایک مضبوط بند ہے جو حوض کی موخر جانب سے ارتفاق کے زیرین کنارہ کے قریب سے لیکر پیچھے کی طرف کو حوض کی اندرونی جانب تک چلا جاتا ہے اور ورکی شوکہ کے قریب ردائے ساد کی اندرونی سطح پر پہنچ جاتا ہے۔ اس وتری بند سے رافع مبرز کے بہت سے ریشے پیدا ہوتے ہیں۔ تعلیقی یا گرد عرقی رباط کو بھی اسی سے سہارا ملتا ہے۔ اس کا وسطی حصہ اکثر آزاد ہوتا ہے اس لئے محرابی رباط اور ردائے ساد کے درمیان آسانی سے الجھل داخل کی جاسکتی ہے۔ اس مقام پر فرق واقع ہو سکتا ہے۔ عضلی اور عرقی غلافات اپنے نقطہ تماس پر متحد ہو جاتے ہیں۔ اس طرح حوضی ڈایا فرام اور اشتاء کے ایک دوسرے کے ساتھ نجوئی متحد ہو جانے سے ایک پیچیدہ ساخت بن جاتی ہے۔

حوضی اشتاء کی تثبیت اور ان کے حرکات۔ اشتاء حوض کے

505

اپنے اپنے محل سے ٹل جانے کا امکان ہوتا ہے۔ اس امر کا علم کہ یہ کس طرح تثبیت اور اپنی اپنی وضع پر قائم رہتے ہیں کل علاج کا واحد اصل اصول ہے۔ مثانہ اور معائے ستقیم اور رحم کے لئے یہ ضروری ہے کہ یہ اس طرح واقع ہوں کہ پورا اور خالی ہو سکیں۔ اور ان کا سہارا ایسا ہونا چاہئے کہ یہ ان قوی حرکتوں اور سب قسم کے دباؤ کا مقابلہ کر سکیں جو فعال عضلی اور تنفسی مساعی میں تمام اشتاءے شکم کو برداشت کرنا پڑتا ہے۔ حشائی حرکت کے آزادانہ واقع ہونے کے لئے

جداری حوضی باریکون ڈیویلا چسپیدہ ہوتا ہے، لیکن مثانہ اور رحم اور معائے مستقیم پر یہ غشا مضبوطی سے منضم ہوتی ہے۔ چنانچہ جب ان احتشاء میں تمدد واقع ہوتا ہے تو یہ جداری باریکون کے انعامات کے زیرِ مصلی بافت کی نہایت ہی ڈیویلی تہ سے چسپیدہ ہونے کی وجہ سے باسانی پھسل سکتے ہیں اور حوض میں سے اوپر کی طرف جڑھ سکتے ہیں۔ ان کے مشمولات کے دفعیہ کے دوران میں حشائی عضلی نظام کو ایک نقطہ ثابت کی ضرورت ہوتی ہے جس پر سہارا لیکر یا اپنا فعل کر سکے۔ مثانہ کا عضلی نظام عانی قدامی (puho-prostatic) رباط اور غدہ قدامیہ کے کیبہ کے ذریعہ سے عانین کی پشت اور مثلث رباط سے مثبت ہوتا ہے۔ نیز جانبی صادق مثانی رباطات کے ذریعہ سے یہ عضلہ رافع مبرز کے محرابی رباط کے مقدم حصوں سے بھی چسپیدہ ہوتا ہے۔ مہبل بھی محرابی اور مثلث رباطات سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اور اس لئے وضع محل کے دوران میں یہ رحم کو حوض کے ساتھ بلا واسطہ چسپیدہ کرنے کا کام دیتی ہے۔۔۔ قنابل مبرز فرش حوض کے روزن کے موخر حصہ میں ثبت ہوتی ہے۔ معائے مستقیم کا قنابل مبرز کے ساتھ تسلسل پایا جاتا ہے۔ اس کے طولانی عضلی لمبقات کے مقدم بند عجافی جسم میں جا کر ختم ہوتے ہیں۔ مزید براں معائے مستقیم اپنے غلاف کے حشائی ردا کی بالائی تہ کے ساتھ (جو عضلہ رافع مبرز کے اوپر ہوتی ہے) مسلسل ہو جانے سے اور عجز اور عصص سے مثبت ہوتی ہے۔ حشائی ردا جو رافعات مبرز کی بالائی یا حوضی سطح کو پوشیدہ کرتی ہے اور جس سے اس طرح ان کے غلاف کا کچھ حصہ بنتا ہے، اور مضبوط گرد عرقی غلافات (جن کو تعلیقی رباطات کہا جاتا ہے) احتشاء سے حوض کو مندرجہ ذیل طریقہ سے سہارا دیتے ہیں۔۔۔ اوپر کی طرف یہ حوض کی جانبی دیوار سے رافع مبرز کے لیفی رباط سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ نیچے کی طرف یہ غمدہ قدامیہ اور مہبل اور معائے مستقیم کے غلافوں سے متحد ہو جاتے ہیں۔ جب احتشاء اپنی طبعی حالت پر ہوتے ہیں اور رافعات مبرز اپنا فعل کرتے ہیں تو یہ رباطات سہارا بھی دیتے ہیں اور ڈیویلا بھی ہو جاتے ہیں۔ جب حوضی ڈایا قدام کے عضلی سہارے ڈیویلا ہو جاتے ہیں یا ان کو ضرر پہنچ جاتا ہے اور احتشاء اپنے اپنے محل سے ٹل جاتے ہیں تو صرف اس وقت ہی ایسا ہوتا ہے کہ یہ رباطی سہارے اپنا فعل کرتے ہیں۔ اگر حوضی احتشاء مضبوط غلافوں کے ذریعہ سے محفوظ ہوتے تو ان کی زوردار حرکتوں کے دوران میں ان کے اعصاب اور عروق پر بار پڑتا۔۔۔ کندھے کے جوڑ میں ایسا ہی ہوتا

یعنی عضلات ہڈیوں کو طبعی وضع پر قائم رکھتے ہیں اور رباط صرف اسی وقت ہی کام کرتے ہیں جب کہ عضلہ کے فعل کی حد سے تجاوز ہو جائے۔

حوض کی زیر مصلی بافت۔ جو ڈھیلی ڈھالی زیر مصلی بافت باریطون کو

حوضی رداسے چسپیدہ کرتی ہے۔ اس میں خصوصاً عورتوں میں الٹہابی عمل واقع ہو جاتا ہے۔ رباطا عرض کے درمیان اور عرضی رحم کے ارد گرد اور مہبل کے اطراف پر یہ خاص طور پر بافراط موجود ہوتی ہے اور اس سے گرد رحمی اور زرد رحمی بافت بنتی ہے۔ مہبل اور رحم اسی کی وجہ سے آزادانہ حرکت کر سکتے ہیں۔ الٹہابی اعمال اور خراجات اتصالی بافت کے زیر مصلی طبقہ میں سے حوض کے اطراف کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف کو بہت پھیل سکتے ہیں اور حوضی حفرہ میں پہنچ سکتے ہیں۔ اسی طبقہ میں حالب اور حوضی عروق واقع ہوتے ہیں اور یہ اپنے اپنے غلافوں میں بند ہوتے ہیں۔ اس تہ میں یعنی عضلی بند بھی پائے جاتے ہیں جن سے رحمی عجزی اور مستدیر رباطات بنتے ہیں۔ رحمی عجزی رباطات ڈگلس (Douglas) کی جیب کو چاروں طرف سے گھیرے ہوتے ہیں اور مہبل کے بالائی حصہ کو عجز کی ڈھیلی ڈھالی بافت سے وابستہ کرتے ہیں۔ مستقیم مثانی یا مستقیم مہبل جیبوں کی تہ پر باریطون کا جو شکن ہوتا ہے وہ غدہ قدامیہ کے غلاف یا مہبل سے اور عجانی جسم سے یعنی بافت کے اس فاصل کے ذریعہ سے چسپیدہ ہوتا ہے جو معائے مستقیم کو اس کے سامنے کی بافتوں سے علاحدہ کرتا ہے۔

باب سبست ویکم

عجان

507

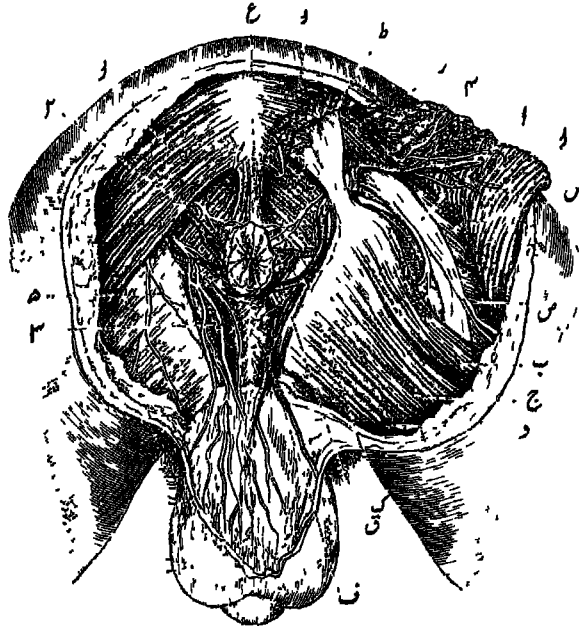
(THE PERINEUM)

مروانہ عجان (شکل ۱۱۲)۔ یہ ایک معین نما فضا ہے جس کے حدود ارتفاق عانی، عانی اور ور کی ہڈیوں کے فروغ، ور کی حدیبہ جات، عظیم عجزی نسانی رباطات، دونوں عظیم الوئی عضلات کی کوروں، اور عصعص سے بنتے ہیں۔ اگر اس فضا کو عبور کرتا ہوا ایک خط ور کی حدیبہ جات کے مقدم سروں کے درمیان اور مبرز کے عین سامنے کھینچا جائے تو وہ عجان کو دو حصوں میں تقسیم کرے گا۔ مقدم حصہ مثلث متساوی الاضلاع کے کسب قدر مشابہ ہوتا ہے اور اس کے تمام اضلاع تقریباً ۳ انچ لمبے ہوتے ہیں، اور اسے مباحی مثلث (urethral triangle) کہا جاتا ہے۔ موخر حصہ بھی کسب قدر مثلث شکل کا ہوتا ہے اور معائستہ تقسیم اور ور کی مستقیم جفہ جات پر مشتمل ہوتا ہے اور اسے مبرزی مثلث (anal triangle) کہا جاتا ہے۔

عجان کا عظمی ڈھانچہ تمام اطراف سے کم و بیش واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور بے اشخاص میں عظیم عجزی نسانی رباطات عظیم الوئی عضلہ کے نیچے شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ مبرز خط وسطی میں ور کی حدیبہ جات کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اور اس کا مرکز عصعص کی نوک سے

تقریباً ۱۱ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ سیون (raphè) کا تعاقب جو جلد کا ایک خط مناجید ہے مبرز سے لیکر عجان اور صفن اور قضیب کے خط وسطی کے ساتھ ساتھ کیا جاسکتا ہے۔ اس خط کو کوئی عرق عبور نہیں کرتا اور اس لئے جب کبھی ممکن ہو عجان میں ٹنگاف دینے کے لئے ہمیشہ یہی خط منتخب

508



منسل ۱۱۲۔ مردانہ عجان۔ (روڈنگر : Kridinger کے مطابق)

ا۔ الویہ کبیرو۔ ب۔ نیم وتری عضلہ اور ذوراسین۔ ج۔ مقربہ کبیرو۔ د۔ شقیہ۔ ه۔ عضلہ کشرہ۔ ص۔ عضلہ مادہ داخل۔ ص۔ عضلہ خمزیہ مربہ۔ ط۔ رافع مبرز۔ ع۔ غار جی عامرہ۔ ف۔ عضلہ بصلیہ کہنگیہ۔ ق۔ عضلہ ورکیہ کہنگیہ۔ ک۔ عضلہ مستعرضہ عجانہ۔ ۱۔ نسائی عصب۔ ۲۔ تھقانی باسوری عروق اور عصب۔ ۳۔ سطحی عجان عروق اور اعصاب۔ ۴۔ حیائی (داخلی حیائی) عصب (کٹا ہوا ہے) اور حیائی شریان۔ ۵۔ ران کے کوخر جلدی عصب کی عجان شراخ۔

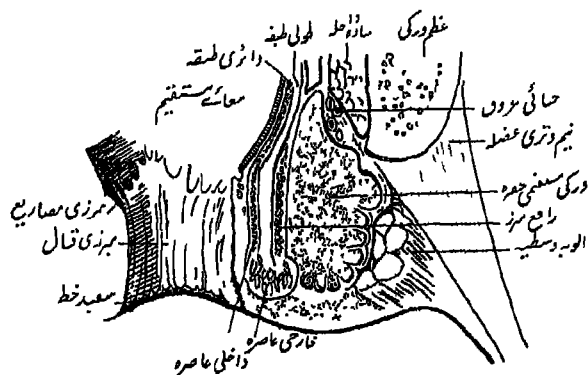
کیا جاتا ہے۔ خط وسطی پر مبرز کے مرکز اور اس مقام کے درمیانی فاصلہ کے عین وسط میں جہاں صفیں عجان سے متحد ہوتا ہے عجان کا مرکزی نقطہ ہوتا ہے۔ دونوں متعرض عجانی عضلات اور بصلیہ کہنکیہ (bulbo-cavernosus) اور رافع مبرز (levator ani) بھی اسی مقام پر ملتے ہیں جو مثلث رباط کی تختانی کو رکے نقطہ وسطی کا بھی متناظر ہوتا ہے۔ بصلہ (bulb) عین اس کے سامنے ہوتا ہے۔ اور اسی طرح وہ ثریان بھی جو بصلہ کو جاتی ہے اس کے سامنے ہوتی ہے، اور اس لیے حصات شنگافی میں شنگاف کو اس نقطہ کے سامنے سے ہرگز شروع نہ کرنا چاہئے۔ عجانی فضا کہنہ حوض سے عضلات رافع مبرز اور اُن ردائی ساختوں کے ذریعہ سے جو ان سے تعلق رکھتی ہیں علحدہ ہوتی ہے۔ عجان کی گہرائی کا مطلب جلد اور فرش حوض کا دورانی فاصلہ ہے۔ اس گہرائی کا انحصار زیادہ تر جلد کے نیچے کی جیرونی کی مقدار پر ہوتا ہے۔ مختلف حصوں میں اس میں معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے۔ عجان کے عقبی اور بیرونی حصوں میں اس کی پیمائش ۲ سے لیکر ۳ انچ تک ہوتی ہے، اور اس فضا کے مقدم حصوں میں یہ ۱ انچ سے کم ہوتی ہے۔

509

در کی مستقیم حفرہ (ischio-rectal fossa) ہرشی شکل کا ہوتا ہے۔
اس کا اس رافع مبرز کے زیرین کنارے پر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۱۵)۔ اور اس کا قاعدہ مبرز اور ور کی حدیبہ (ischial tuberosity) کے درمیان کی جلد سے بنتا ہے۔ یہ حفرہ راس پر ان لیفی تہوں کے اتحاد سے جو اس کی بیرونی اور اندرونی دیوار کی پوشش ہوتی ہیں بند ہوتا ہے اور یہ جوں جوں آگے کی طرف کو جاتا ہے اتھلا ہوتا جاتا ہے اور مثلث رباط کے قاعدہ کے مقابل ختم ہو جاتا ہے۔ آگے سے پیچھے کی طرف کو اس کی پیمائش تقریباً ۲ انچ ہوتی ہے، اور اکیڑ سے دو مری طرف کو اس کا عرض ۱ انچ ہوتا ہے، اور اس کی گہرائی ۲ اور ۳ انچ کے درمیان ہوتی ہے۔ اس کے حدود دیہ ہیں۔ بیرونی جانب پر عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) ہوتا ہے جو اپنی ردا سے ڈھکا ہوتا ہے، اور داخلی حیائی (internal pudic) عروق اور اعصاب کالیفی غلاف ہوتا ہے (شکل ۱۱۵)۔ اندرونی جانب پر رافع مبرز ہوتا ہے جو مبرز ردا سے ڈھکا ہوتا ہے۔ سامنے کی طرف مثلث رباط کا قاعدہ اور عضلہ مستعرضہ عجانہ (transversus perinei) ہوتا ہے۔ اور پیچھے کی طرف

عضلہ الوبیکہ (gluteus maximus) اور عظیم عجزی (great sacro-pudic) sciatic ligament اور عضلہ عصبیہ (coccygeus) ہوتے ہیں حیائی (pudic) عروق اور اعصاب (خپلی حیائی: internal pudendal) حدیبہ جاست وکریہ (tuber ischii) کے زیرین کنارہ سے تقریباً ۱۱ انچ کے فاصلہ پر واقع ہوتے ہیں۔ اس حفرہ میں چربی کا ایک تودہ موجود ہوتا ہے جو مبر کے لئے لچکدار تکیہ کے سہارے کا کام دیتا ہے۔ اس شحمی بافت کی غوثی رسد ناقص ہوتی ہے، اسی وجہ سے اور نیز اس حصہ کے محل کے نیچا ہونے اور مریض کے نمدار اور سر و دستوں وغیرہ پر بیٹھنے سے اس کا تکشف ہو جانے سے

اس فضا میں خراج کثیر الوقوع ہوتا ہے (ور کی مستقیم جرج ischio-rectal)



فصل ۱۱۵۔ قتال مبرز اور ور کی مستقیم فضا کی تراش۔

(پروفیسر الیٹ سمیت اور سرچارلس بال کی تصویروں کی ترسیم کرکے بنائی گئی ہے۔)

یعنی جلد میں سے اور قاتل مہر زکی دیوار میں سے۔ جب یہ خراج ان دونوں راستوں سے

خالی ہو چکا ہے تو ناسور ممبرز (fistula in ano) بن جاتا ہے۔ یہ امر معلوم کر لینا مناسب ہو گا کہ ناسورات ممبرز کا جو فتق ممبرزی قنال میں کھلتا ہے وہ ممبرز سے پا کچ کے فاصلہ کے اندر ہوتا ہے۔ روده میں فتق کے زیادہ اوپر بننے کو اس حفرہ کی بیرونی اور اندرونی دیواروں کی لمبی پوشش کا اتحاد مانع آتا ہے (شکل ۱۱۵)۔

تحتانی باسوری عروق اور اعصاب اس فضا کو اس کے پچھلے حصہ سے لیکر ممبرز تک ترچھے رخ میں عبور کرتے ہیں (شکل ۱۱۲)۔ اس حفرہ کے مقدم اور بیرونی زراویوں کو عجانی عروق اور اعصاب عبور کرتے ہیں اور اس فضا کے موخر کنارہ کے قریب چوتھا عجزی عصب اور صغیر نسائی عصب (موخر فخذی جلدی: posterior femoral cutaneous) کی شاخیں ہوتی ہیں۔ لہذا یہ باسانی سمجھ میں آ جا بیگا کہ در کی مستقیمی خراجات سے عام طور پر انتہائی تکلیف ہوتی ہے تا وقتیکہ ان کا علاج نہ شروع کر دیا جائے۔ یہ شدید درد غالباً ممبرز کی جلد اور اس کی غشائے مخاطی کی مغرطہ عصبی رسد اور نیز خارجی باسوری عصب میں خراج سے جب کہ یہ سطح کی طرف بڑھتا جاتا ہے تناؤ واقع ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ اس حفرہ میں خراج کھولنے وقت جن بڑی بڑی ساختوں سے احتراز کیا جاتا ہے وہ معائے مستقیم اور حیانی (pudic) اور تحتانی بوا سیری عروق ہیں۔

ممبرز (Anus) (دیکھو صفحہ 548)۔

مہالی مثلث (urethral triangle)۔ ممبرز اور صفحہ کے درمیان کی جلد

پتلی ہوتی ہے، اور اگر اس کے نیچے خون کی کوئی وعاء بدری واقع ہو جائے تو وہ بہت آسانی سے ظاہر ہو جاتی ہے۔ سطحی ردا و حصوں پر منقسم ہوتی ہے جن میں سے زیادہ اوپری غیر اہم ہے اور اس میں زیر جلدی شحم کی وہی تھوڑی سی مقدار پائی جاتی ہے جو اس حصہ میں موجود ہوتی ہے۔

گہری تر عجانی ردا (perineal fascia) کالس کی ردا (fascia

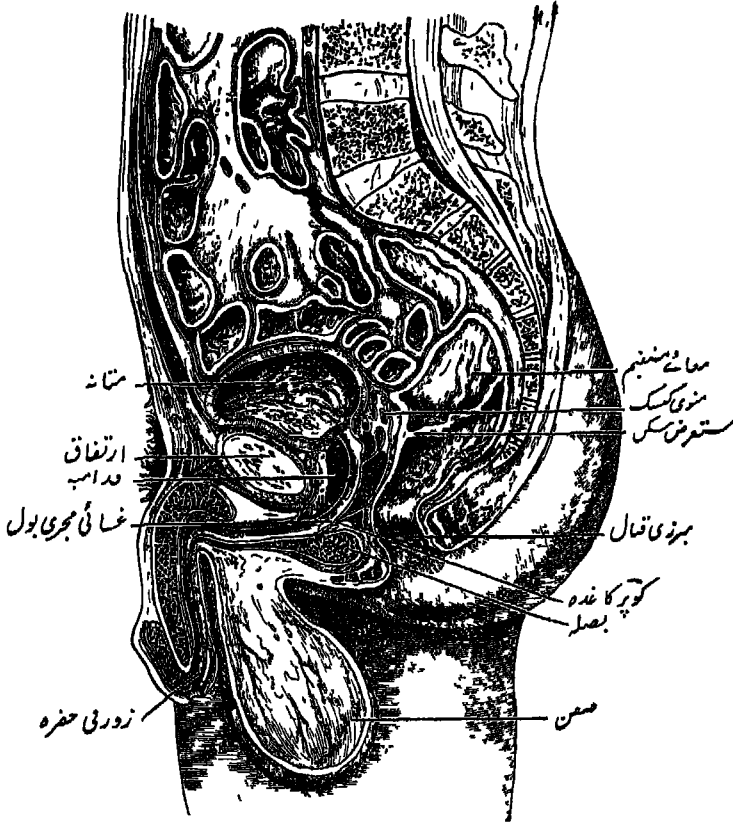
of Colles کے نام سے مشہور ہے ہر ایک طرف عانین اور عظم در کی کے فروع سے اور پیچھے کی طرف مثلث رباط کے قاعدہ سے پسیدہ ہوتی ہے۔ کالس کی طرف یہ صفحہ کے

سلخنی طبقہ مسلسل ہوتی ہے۔ لہذا اس ردا کے مثلثی رباط کے ساتھ ملنے سے ایک صفائی فضا بن جاتی ہے جو بخوبی منفرد ہوتی ہے، اور جس میں بصل (bulb) اور سفنجی (کھمکی) مجری بول کا وہ تمام حصہ جو مثلث رباط اور سفنج کی چسپیدگی کے درمیان ہوتا ہے، اور نیز قصبی عضلات اور مستعرض عجانی عضلات اور عروق اور اعصاب اور عجانی عروق اور اعصاب واقع ہوتے ہیں۔ جب مجری بول کے مذکورہ بالا حصہ کے انشقاق سے پیشاب کی وجہ پدیری واقع ہوتی ہے تو باہر نکلنے والے سیال کے رخ کا انحصار اس پاکٹ ناردا کی چسپیدگیوں پر ہوتا ہے۔ یہ پاکٹ پیشاب سے پر ہو جاتی ہے اور پیشاب اور کی مستقیم جفرو میں ردا کے مذکور کے مثلث رباط کے ساتھ چسپیدہ ہونے کی وجہ سے نہیں جاتا۔ اس غشا کی جانبی چسپیدگیاں پیشاب کو رانوں کی طرف نہیں جانے دیتیں۔ اس لئے یہ صفن کی طرف چلا جاتا ہے اور یہاں سلخنی طبقہ کے نیچے پایا جاتا ہے۔ یہ صفنی بافتوں کو متحد کرتا ہے اور پھر اس رخنہ میں سے جو ارتفاق عانہ اور عانی شوک کے درمیان جاتا ہے یہ اوپر کی طرف شکم پر جڑ جاتا ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ عجانی ردا اور سلخنی طبقہ اور شکم کی سطحی ردا کی گہری تہ سب مسلسل ہوتے ہیں اور ایک ہی ساخت کے مختلف حصوں کو ظاہر کرتے ہیں۔ جب اس صفائی فضا کے اندر پیپ یا خون ہوتا ہے تو یہ بھی ہی راستہ اختیار کرتا ہے بشرطیکہ انصباب کافی وسیع ہو۔ اس قسم کے انصباب سے جو درد پیدا ہوتا ہے اس کی وجہ یہ معلوم ہونے سے سمجھ میں آجائیگی کہ اس خط کے تین بڑے بڑے حسی اعصاب [دو وسطی عجانی جو حیانی (pudic) سے آتے ہیں اور موخر فخذی جلدی کی ایک عجانی شاخ] اس فضا میں واقع ہوتے ہیں (شکل ۱۱۲)۔

مثلث رباط (triangular ligament) کی گہرائی خط وسطی میں تقریباً پانچ ہوتی ہے، اور یہ دو تہوں سے مرکب ہوتا ہے جن میں سے موخر تہی ہوتی ہے واضح الحدود نہیں ہوتی۔ اور یہ اس خلاف سے بنتی ہے جو رافع مبرز کے عانی ریشوں کی زیریں سطح پر ہوتا ہے۔ غشائی مجری بول (membranous urethra) عاصرو (مضیق) مجری بول سے گھرا ہوتا ہے، اور یہ ان دو تہوں کے درمیان ہوتا ہے اور ارتفاق عانہ سے تقریباً ۱ انچ نیچے سے اور عجان کے مرکزی نقطہ سے ۳ انچ اوپر سے گزرتا ہے (شکل ۱۱۶)۔ بصل کی شریان دونوں تہوں کے درمیان سے اس رباط کے قاعدہ کے ۱ انچ اوپر سے اور مبرز کے سامنے سے اس سے ۱ انچ کے

فاصلہ پر اندر کی طرف کو گذرتی ہے۔ حیائی (pudic) شریان کا انتہائی حصہ اس رباط کی مقدمہ کو ارتفاق سے پا ایچ نیچے منقبذ کرتا ہے۔ قضیب کی ظہری ورید حوض میں زیر عانی رباط اور اس

513



نفسک ۱۱۶۔ مردانہ حوض کی انتصافی مقدمہ موخر تراش۔

(برائن . Braune .)

مثلت رباط کے راسی حصہ (مستعرض حصہ) کے درمیان سے داخل ہوتی ہے۔ اس کا ظہری عصب

اس ورید کے ساتھ ہی ہوتا ہے (ایلیٹ سمتھ: Elliot Smith)۔ غشائی مجری بول (membranous urethra) کے غیر پیچیدہ واقعات میں پیشاب کی وجہ بدری اس رباط کی تھوں کے درمیان کی فضا تک ہی محدود رہتی ہے تا وقتیکہ بعد میں واقع ہو نبیہ الامتین اپنے نکلنے کے لئے کوئی راستہ نہ ملے۔ اگر یہ وجہ بدری مثلث رباط کے پیچھے واقع ہوا اور غدہ قدامیس (prostate) کا کیسہ مشتق ہو تو انصباب پس مانی فضا میں جمع ہو سکتا ہے (ڈینسلی: Deanesley)۔ یا یہ معائے مستقیم کے ساتھ ساتھ پیچھے کی طرف کو جا کر حوص کی خلوی بافت میں چلا جاتا ہے۔

مثلث رباط کی عینی یا حوصی جانب پر غدہ قدامیس (prostate) واقع ہوتا ہے جو اپنے کیسہ اور قدامی وریدی ضفہ سے گھرا ہوتا ہے (شکل ۱۰۶ و ۱۱۶)۔ سطح سے لے کر غدہ قدامیہ تک تقطیع کرنے میں جیسا کہ کننگھم (Cunningham) نے اچھی طرح سے بیان کیا ہے رداٹی اور عضلی بافتوں کے تہا دل طبقات ملتے ہیں جن سے کل سات تھیں بنتی ہیں اور وہ یہ ہیں: (۱) سطحی ردا - (۲) سطحی عجانی عضلات - (۳) مثلث رباط (مقدم تہ) - (۴) ماصی ہالی عضلہ (sphincter urethrae muscle) (۵) مثلث رباط (مؤخر تہ) - (۶) عضلہ رافع مبرزہ - (۷) غدہ قدامیہ کا غلاف۔

سنگ مثانہ - سنگھائے مثانہ جو پہلے عجانی شکاف سے دور کئے جاتے تھے اب عام طور پر حصات برآری (litholapaxy) کے علیہ کے ذریعہ سے مجری بول میں سے توڑ کر اور دھو کر نکال لئے جاتے ہیں۔ یہ علیہ چھوٹے لڑکوں میں بھی آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔ اگر حصیات اتنے بڑے ہوں کہ توڑے نہ جاسکتے ہوں تو فوق عانی (suprahubic) علیہ سرانجام دیا جاتا ہے تاکہ ان کے نکالنے کے لئے کافی جگہ ملے۔

سنگھائے مثانہ کے نکالنے کے لئے جو عملیہ جات بچوں پر کئے جاتے ہیں ان میں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ بچوں میں بالوں کے مقابلہ میں حوص نسبتاً زیادہ تنگ ہوتا ہے۔ مثانہ حوصی عضو ہونے کی نسبت زیادہ تر خشکی عضو ہوتا ہے، اور اس لئے مثانہ کی گردن اونچی واقع ہوتی ہے۔ مزید برآں یہ حشا بہت حرکت پذیر ہوتا ہے اور اس کی چسپیدگی بالوں کے مثانہ کی نسبت

زیادہ محکم نہیں ہوتی۔ بچوں میں غدہ قدامیہ کم نمویافتہ ہوتا ہے، اور اس لئے مشانہ کی اصلی گردن کا زیادہ حصہ معرا ہوتا ہے۔ مزید برآں باریطون مشانہ کی موضوعی سطح پر بچوں میں بالنوں کی نسبت زیادہ نیچے اتر جاتا ہے (دیکھو صفحہ 523)۔

عجانی حصات شرجافی (perineal lithotomy) اور دوسرے

عملیات میں اس راستہ سے مشانہ کی گردن تک پہنچنے کے لئے یہ یاد رکھنا چاہئے کہ مشانہ سطح جسم سے $\frac{1}{2}$ تا ۳ انچ کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے جبکہ جسم شرجافی (lithotomy) کی وضع میں ہو۔ اگر مشانہ خالی اور معائے مستقیم پُر ہو تو غدہ قدامیہ (prostate) اور مثلث (trigone) اور باریطون کا انعکاس سب کے سب اوپر کی اور آگے کی طرف کو چلے جاتے ہیں۔ اور اگر مشانہ پُر اور معائے مستقیم خالی ہو تو یہ حرکت سمت مقابل میں ہوتی ہے۔ تحسیم اشخاص میں مشانہ اور باریطون عجبان سے دور ہٹ جاتے ہیں اور لاغر اشخاص میں اس کے برعکس ہوتا ہے۔

فوق عانی حصات شرجافی (suprapubic lithotomy)۔ اس

علیہ نے عجانی عملیات کی جگہ لے لی ہے۔ مشانہ کی چوٹی کو اچھی طرح سے ارتفاع کے اوپر لانے کے لئے مشانہ اور معائے مستقیم دونوں قسع کئے جاسکتے ہیں۔ قبل الذکر حشا میں شہیر گرم پانی یا محلول بورک (boric lotion) کا اشراب کیا جاتا ہے۔ یہ معلوم کر لیا گیا ہے کہ بالغ میں مطلوبہ تمدد یقینی طور پر حاصل کرنے کے لئے ۸ تا ۱۰ انس سیال کافی ہوتا ہے۔ ۵ سال کی عمر کے لڑکے میں مشانہ میں ۳ انس پانی کا اشراب کرنے سے باریطون کا انعکاس ارتفاع سے ۱ انچ سے زائد اوپر چڑھ گیا تھا۔ تقریباً ۳ انچ لمبا شرجاف خط وسطی میں ارتفاع کے عین اوپر دیا جاتا ہے۔ اور مشانہ باریطون کے نیچے معرا کر لیا جاتا ہے، اور ایک ٹک کے ذریعہ سے نیچے کھینچ کر کھول دیا جاتا ہے۔

515

مشانہ۔ دورانِ تبول میں مشانہ کے عضلی طبقات منقبض ہو جاتے ہیں حتیٰ کہ عضو

ایک مخروط نما جسم بن جاتا ہے جو مضبوطی منقبض ہوتا ہے، اور اس فعل کے اختتام پر اس کی

استری غشا میں شکن پڑ جاتے ہیں، اور اس کا درونہ بالکل غائب ہو جاتا ہے۔ تمام حصوں میں انقباض واقع ہوتا ہے مثلث میں بھی اور گنبد میں بھی۔ جب یہ فعل ختم ہو جاتا ہے تو مثانہ ڈھیللا پڑ جاتا ہے اور اس کا خاکہ مثلث نما ہو جاتا ہے اور یہ حوض کے فرش کے مقدم نصف یعنی ڈایا فرام پر چپٹا پڑا ہوتا ہے، اور اس کا راسی حصہ ارتفاق کی موخر جانب کے بالمقابل ایسے ساتھ ملا ہوتا ہے اس کے بعد یہ بھرا شروع ہوتا ہے۔ بہت چھوٹے چھوٹے وٹھوں کے بعد صحر کی دودی لہروں کے ذریعہ سے جو آہستہ آہستہ نیچے کی طرف کو بڑھتی رہتی ہیں پیشاب کے چھوٹے چھوٹے فوارے جالبینی سوراخوں میں سے جو مثلث کے جانبی زاویوں پر واقع ہوتے ہیں بہتے رہتے ہیں۔ جالبین مثانہ کو بھرنے کے لئے آبی پیپوں کا کام دیتے ہیں۔ جالبینی سوراخ مصرعہ دار ہوتے ہیں، اور ان پر جو مثانی عضلی نظام موجود ہوتا ہے وہ اس طرح فعل کرتا ہے کہ اس کا اثر عاصرانہ ہوتا ہے، اور اس طرح پیشاب الٹے رخ میں نہیں جاسکتا۔ جب مثانہ پُر ہو جاتا ہے تو اس کے عضلی طبقات میں ایک متفعلی انقباض یا تنش پیدا ہو جاتی ہے۔ جیسا کہ تمام غیر اختیاری عضلات میں ہوتا ہے مثانہ کی تنش متوازن ہوتی ہے یعنی اس میں باقاعدگی سے زیادتی اور کمی واقع ہوتی رہتی ہے۔ عضلی طبقات معکوس طور پر ڈھیلا پڑ جاتے ہیں اور بڑھتے ہوئے شمولات کے ساتھ موائفقت پیدا کر لیتے ہیں حتیٰ کہ ایک خاص وقت آ جاتا ہے۔ اور یہ وقت وہ ہوتا ہے جبکہ ٹپری اور بے آرامی محسوس ہوتی ہے۔ پیشاب کے اخراج کو (۱) مثانی عاصِر (vesical sphincter) اندرونی عاصِر کا جو مثانہ کی عنق اور مجری بول کے ابتدائی حصہ کو گھیرے ہوتا ہے غیر اختیاری یا معکوس فعل (شکل ۱۱۷-۱۱۸-۱۱۹) اور (۲) اختیاری مبالغی عاصِر (urethral sphincter) جو مثلث رباط کی تھوں کے درمیان ہوتا ہے روکے رکھتا ہے (شکل ۱۱۷-۱۱۸-۱۱۹)۔ بول کے فعل کی ابتدا مثانہ کے ارادی ضغط سے (پوشکی اور حوضی عضلی نظام سے عمل میں آتا ہے) ہوتی ہے جو مثانی عاصِر پر غلبہ حاصل کرنے اور مجری بول کے بالائی حصہ میں پیشاب کو دھکیل دینے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ جب پیشاب مجری بول کے اندر ہوتا ہے تو یہ عاصرات میں ایک معکوس اقناع (inhibition) پیدا کر دیتا ہے اور ساتھ ہی واضح مثانی عضلی نظام کے انقباض میں ہیجان پیدا کر دیتا ہے۔ اس طرح دوران حیات میں مثانہ کی شکل اور اس کے تعلقات ہمیشہ بدلتے رہتے ہیں۔

جب مشرانہ کو کسی غیر شفاف مایوں سے متوسط درجہ تک متمدد کر لیا جاتا ہے اور لاشعاعوں سے اس کا امتحان کیا جاتا ہے تو اس کی شکل مخروطی دکھائی دیتی ہے۔ اور اس کا راس ارتفاق کچے پیچھے ہوتا ہے اور اس کا قاعدہ یا اس کی بالائی سطح شکمی احتواء کے دباؤ کی وجہ سے من معلوم ہوتی ہے (شکل ۱۱۲ صفحہ ۴۹۰)۔ جوں جوں مشرانہ کا تمدد بڑھتا جاتا ہے اس کی چوٹی شکم کی مقدم دیوار سے ملتی جاتی ہے۔ نیز اس کی موخر سطح مقدم سطح کی نسبت زیادہ محدب ہو جاتی ہے۔ مقدم جدول پر متمدد مشرانہ کی چوٹی کے دباؤ ڈالنے کا یہ رجحان اس عضو کا عین کے اوپر ہزل کرنے اور نیز فوق عانی حصات شنگافی (suprapubic lithotomy) میں بہت مفید ثابت ہوتا ہے۔ جب یہ بہت متمدد ہوتا ہے تو بعض اوقات ناف تک پہنچ جاتا ہے، اور کبھی کبھی ڈایا فرام سے بھی چھوٹنے لگتا ہے۔ اس عضو کی معمولی گنجائش تقریباً ایک پائنٹ (pint) ہے، لیکن جب یہ بالکل پُر ہوتا ہے تو اس میں سے چند کوارٹس (quarts) بھی نکل سکتے ہیں۔ جب مشرانہ اور معاشے متقیم دونوں خالی ہوتے ہیں تو مشرانہ کا راس اور باریٹون کا گرد مشافی النکاس ارتفاق عانہ کے بالائی حاشیہ سے درانیچے ہوتا ہے۔ جب مشرانہ عانین سے اوپر چڑھتا ہے تو یہ حدود سے مصلی غشا کو علیحدہ کر دیتا ہے اور جو تہ اس طرح اوپر اٹھ جاتی ہے اس سے مشرانہ کی مقدم سطح کے بالائی حصہ اور جدول کے درمیان ایک تہ انبان یا باریٹون کا ایک شکن بن جاتا ہے۔ جب مشرانہ کا راس عانین سے ۲ انچ اوپر ہوتا ہے تو باریٹون کا النکاس انہی ہڈیوں سے ۳ انچ سے زیادہ اوپر نہیں اٹھتا۔ جب مشرانہ کا راس ناف اور عانین کے وسط میں ہوتا ہے تو خط وسطی پر ارتفاق سے عین اوپر ۲ انچ (انتصالی رخ میں) مقدم شکمی دیوار باریٹونی استر سے معرا ہوتی ہے۔ چنانچہ متمدد مشرانہ کا ہزل عانین کے اوپر سے باریٹون کو زخمی کئے بغیر کیا جاسکتا ہے، مگر ہمیشہ ایسا نہیں کیا جاسکتا (آر۔ تھامپسن : R. Thompson)۔ جب مشرانہ متمدد ہو جاتا ہے تو یہ نہ صرف اوپر اٹھ کر شکم ہی میں چلا جاتا ہے بلکہ یہ عجان کی طرف بھی پھیل جاتا ہے اور قدانی اور غشائی مجری بول کے طول کو کم کر دیتا ہے۔ مشرانہ کی مقدم سطح اور ارتفاق کے درمیان اور اوپر کی طرف سے باریٹون سے بند پس عانی (retropubic) یا پیش مشافی (prevesical) فضا ہوتی ہے جس میں ڈیسیلی ڈھالی اتصالی بافت موجود ہوتی ہے (شکل ۱۱۷)۔ جب مشرانہ پُر ہو جاتا ہے تو اسی بافت کے ڈیسیلی پن کی وجہ سے باسانی اوپر چڑھ جاتا ہے۔ حوض اور مشرانہ کے ماسے کے حصوں کے ضربات میں اس بافت

ایک فترت التہاب پیدا ہو سکتا ہے۔ اور اس کی وسعت بعض اوقات خطہ ناک حدود تک پہنچ جاتی ہے۔ عجان تک پس باریلیوں کی خراج کی توسیع ان ردائی انکسارات سے محدود رہتی ہے جو عانی قدامی اور جابی مثنیٰ رباطات سے بنتے ہیں۔

مثنیٰ اگرچہ ایک کافی حد تک مثبت ہوتا ہے مگر یہ اربی اور غنزی اور مہلی فتوق میں بھی کم نہیں پایا جاتا۔ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں اس کی گردن (مر دین) اس افقی خط پر واقع ہوتی ہے جو آگے سے پیچھے کی طرف کو ارتفاع کے وسط حصہ کے ذریعے سے کھینچا جائے۔ اور یہ اس مفصل سے تقریباً ۱/۲ انچ (۳ سنٹی میٹر) پیچھے ہوتی ہے لیکن اس کی وضع مثنیٰ کی پڑی اور مستقیم کی حالت کے لحاظ سے بدلتی رہتی ہے۔

باریلیوں سے مثنیٰ کے تعلقات۔ عانی سطح باریلیوں سے مکمل طور پر معز ہوتی ہے، اور فوقانی سطح اس غشاء سے تنہا پوشیدہ ہوتی ہے۔ اطراف پر منطس زیر معدی (obliterated hypogastric) ثریانوں کے سامنے کی طرف یا ان کے نیچے باریلیوں نہیں ہوتا۔ مثنیٰ کی موخر جانب پر مہلی غنائیچے کی طرف اس مستقیم خط تک چلی جاتی ہے جو دونوں منوی کیسکول (seminal vesicles) کے بالائی حصہ کو ملاتا ہے، اس لئے ان کیسکول کے بالائی سرے باریلیوں سے ڈٹکے ہوتے ہیں۔ باریلیوں کی مستقیم مثنیٰ جیب کا پھیلاؤ مبرز سے تین انچ سے کم فاصلہ تک چلا آتا ہے۔ اور یہ اس خط سے نیچے نہیں اترتی جو غده قدامیہ کے قاعدہ سے ۱/۲ انچ اوپر کھینچا جائے۔ ہارنٹن کریپس (Harrison Cripps) نے مبرز اور اس جیب کا درمیانی فاصلہ مثنیٰ اور معائنہ مستقیم دونوں کے خالی ہونے کی حالت میں ۲ ۱/۲ انچ، اور ان دونوں احتواء کے متعدد ہونے کی حالت میں ۳ ۱/۲ انچ بیان کیا ہے۔ (دیکھو بچوں کا مثنیٰ صفحہ ۵۲۲)۔

مثنیٰ کا کچھ کا براستہ معائنہ مستقیم۔ مثنیٰ کا قاعدہ معائنہ مستقیم کے زیرین حصہ سے ملتا ہوتا ہے مگر یہ دونوں احتواء ایک باریک لینی فاصل (مستقیم مثنیٰ) کے ذریعہ سے ملتا ہوتا ہے۔ معائنہ مستقیم سے مثنیٰ کا جو رقبہ ملتا ہوتا ہے وہ مثلث شکل کا ہوتا ہے۔ اس کا قاعدہ غده قدامیہ سے بنتا ہے، اور اس کے اطراف منفرج منوی کیسکول (seminal vesicles) سے

بنتے ہیں، اور قاعدہ باریطون کے مستقیم مثنائی ٹنگن سے بنا ہوتا ہے۔ ٹریلٹ مساوی الاضلاع ہوتی ہے۔ اور تقطیع شدہ نمونہ میں اس کی تمام طرفیں تقریباً ۱۲ انچ لمبی ہوتی ہیں۔ یہ اس ٹریلٹ (trigone) کی متناظر ہوتی ہے جو اس حشا کے اندر پائی جاتی ہے۔ جب یہ عملیہ براستہ معائنہ مستقیم سرانجام دیا جاتا ہے تو اسی ٹریلٹ میں سے اور جہاں ٹنگن ہو سکے غدہ قدامیہ کے قریب سے مثنائے کابزل کیا جاتا ہے۔ جب یہ عضو متحد ہو جاتا ہے تو باریطون کا مستقیم مثنائی ٹنگن اوپر اٹھ جاتا ہے اور مبزل سے اور بھی دور چلا جاتا ہے۔

مثنائے کاشقاق (rupture of the bladder)۔ مثنائے شکم کی مقدمہ

کو چوٹ لگنے سے حوض میں سر واقع ہونے یا چوٹ کی خارجی علامت نمودار ہونے کے بغیر بھی منشتی ہو جاتا ہے۔ مگر اس قسم کے انشقاق کا خالی مثنائے میں واقع ہونا مشکل ہے۔ حادثہ کے وقت پر اس کا متحد ہونا یا پڑ ہونا ضروری ہے۔ مثنائے کی مقدمہ سطح پر انشقاق بہت ہی کم واقع ہوتا ہو۔ دریدگی قاعدہ فوقانی یا شکمی سطح میں نمودار ہوتی ہے اور باریطون بھی متاثر ہو جاتا ہے۔ یہ چوٹ اس لئے بہت ہی مہلک ثابت ہوتی ہے (۸) واقعات میں سے ۷ کو شفا ہوئی (مثنائی انشقاق کی بعض حالتوں میں جراح نے شکم کو کھول کر اس حشا کی دریدگی کو مکمل کامیابی سے ٹانگے لگائے ہیں۔ مثنائے حوض کے کسوریں ہڈی کے ٹکڑوں سے یا معائنہ مستقیم یا ہسپل کے راستہ سے چوٹ لگنے سے منشتی ہو سکتا ہے۔ یہ حشا اجتماع بول سے بھی منشتی ہو سکتا ہے جیسا کہ بعض شیرخوار بچوں میں مجری بول کے غلطی طور پر بند ہونے کی حالت میں دیکھنے میں آتا ہے۔ رائل کالج آف سرجنز (Royal College of Surgeons) کے عجائب خانہ میں "ایک عورت کے مثنائے کی تہیز" جو اعتبار بول کی طرف توجہ نہ کرنے سے غالب کے مدخل کے قریب سے پھٹ گیا تھا "مردوں میں تضیق کے غیر ملتفت واقعات میں مثنائے کی جگہ مجری بول پھٹتا ہے، اور پیشاب کی وعابدی عجان میں ہو جاتی ہے۔ مثنائے کا چھوٹا سا کچھ کا مثلاً وہ جو باریک مبزل سے بنتا ہے اس کی عضلی دیواروں کے انقباض سے فوراً بند ہو جاتا ہے۔

519

مثنائے غشائے مخاطی بہت ڈھیل ہوتی ہے، تاکہ یہ اس کی جہالت کے مختلف

تغیرات سے موافقت پیدا کر سکے، مگر مثلث (trigone) کے اوپر یہ مضبوطی سے منضم ہوتی ہے۔ اور اگر ایسا نہ ہوتا تو ڈیسیل غشائے مخاطی دوران بول میں مہالی سوراخ میں ہمیشہ اس طرح مقبوض ہو جاتی کہ مٹانہ کی گردن مسدود ہو جاتی۔ جب مٹانہ کی غشائے مخاطی کا امتحان مٹانہ بین (cystoscope) سے کیا جاتا ہے تو یہ مٹانہ کے خالی ہونے کی حالت میں سرخ اور متلی اور اس کے پر ہونے کی حالت میں خفیف سی زرد اور عذیم الدم دکھائی دیتی ہے (نیومن: Newman)۔ مثلث (trigone) تین سوراخوں سے محدود ہوتی ہے جو مجری بول اور حالبین کے لئے ہوتے ہیں، اور یہ تراوی الاضلاع ہوتی ہے۔ اور اس کی تمام طرفیں پلاکچ لمبی ہوتی ہیں البتہ مٹانہ (cystitis) کے اثرات یہیں نہایت نمایاں ہوتے ہیں اور اس مثلث کے اوپر کی غشائے مخاطی کی سختی سے ان شدید علامات کی کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے جو اس ساخت کے حاد التهاب سے پیدا ہوتے ہیں۔ چونکہ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں مجری بول کا سوراخ مٹانہ کا سب سے نیچا حصہ ہوتا ہے اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ حصات مثلث کی طرف آ جاتے ہیں، اور اندون مٹانہ کے اس حصہ میں ان کے خراش پیدا کرنے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ اس خاں میں جو اجسام غریبہ موجود ہوتے ہیں ان پر بھی یہی بیان صادق آتا ہے مثلث اور گردن پر کی غشائے مخاطی بہت حساس ہوتی ہے، مگر مٹانہ کے بقیہ حصہ کے بطون کی معمولی حس خاص طور پر ناقص ہوتی ہے۔ ساؤنڈ (sound) اور قاسا طیر گزارنے وقت یہ امر بخوبی معلوم کیا جاسکتا ہے۔

520

مٹانہ کے اعصاب زیر معدی (hypogastric) ضغیرہ کے کچھ حصہ سے ملتے ہیں زیر معدی ضغیرہ اعصاب کے دو مختلف گروہوں سے بنتا ہے۔ اوپر کا گروہ بالائی قطعی شوکی جڑوں سے شروع ہوتا ہے اور مشار کی کے راستہ سے تحتانی ماساریٹقی عقدوں تک چلا آتا ہے یہاں سے زیر معدی اعصاب پیدا ہوتے ہیں، اور مشترک حرقشی شریانوں کے سامنے سے گذر کر زیر معدی ضغیرہ تک چلے جاتے ہیں۔ نیچے کا گروہ نیچے کی دو مجری شوکی جڑوں کی شاخوں سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ شاخیں دونوں طرف مکر حوضی (pelvic) عصب بناتی ہیں۔ اور حوضی عصب تقریباً وہیں شاخوں میں تقسیم ہو جاتا ہے جو زیر معدی ضغیرہ کو چلی جاتی ہیں۔ اگرچہ بالائی گروہ کے اطرائی سروں (قطعی جڑوں اور زیر معدی اعصاب) کا ہیجان مٹانہ اور اس کے دہنہ پر اثرات پیدا کرتا ہے لیکن ان کے اشتیصال کے بعد بول کا عمل طبعی طور پر سر انجام پاسکتا ہے۔ لہذا جراحی کا تعلق

سرف بیچے کے گردہ ہی سے ہے۔ اعصاب کے قطنی گروہ سے اوپر یا نیچے حوضی اعصاب یا دونوں طرف کی حوضی قطنی جڑوں کے کٹنے، یا جبل شوکی کی مکمل مستعرض تراش سے ہمیشہ احتباس بول معصہ پیش بہاؤ کے پیدا ہو جاتا ہے۔ حوضی اعصاب کے کٹنے اور جبل شوکی کی عبوری تراش سے پیشاب بعض اوقات کچھ عرصہ کے بعد وقفوں پر آنے لگتا ہے، لیکن بقیہ پیشاب کی ہمیشہ بہت سی مقدار موجود رہتی ہے۔ حوضی اعصاب کو بعض اوقات دوران وضع محل میں ضرر پہنچ جاتا ہے۔ اور اس حالت میں مذکورہ عدم استطاعت صرف مارضی ہوتی ہے۔ بعض حوضی عملی حالت اور ناسکر حالت تنظیم کے لیے یہ حالتیں یا رزبانی اعصاب بعض اوقات کٹ جاتے ہیں اور اس کے اثرات مستقل باقی رہتے ہیں۔

مثانہ کے عضلی طبقہ میں ریشے بندلوں کی شکل میں مجتمع ہوتے ہیں جو تمام مہمتوں میں کٹتے ہوئے ہیں۔ جب یہ خستہ پیش پروردہ ہو جاتا ہے تو یہ بندل بہت نمایاں ہو جاتے ہیں، اور ان سے وہ منظر پیدا ہو جاتا ہے جو مثانہ مجروح (fasciculated bladder) کے نام سے مشہور ہے۔ اس کا مالمب سرف یہ ہے کہ مثانہ کے عضلہ پر کسی ایسی رکاوٹ کو رفع کرنے کے لئے جو پیشاب کے راستہ میں مائل ہو بجا بار پڑتا ہے، اور اس کی جسامت زیادہ ہو جاتی ہے جیسا کہ ان دو سرے عضلہ ستی میں بھی ہوتا ہے جن پر زیادہ بار پڑتا ہے، اور اس زیادتی سے انفسرادی بندلوں کی ترتیب نمایاں ہو جاتی ہے۔ تمدد سے غنائے مخاطمی کر کے عضلی ریشوں کے درمیان سے بہہ آتی ہے، اور اس طرح تاجک بن جاتے ہیں اور وہ منظر پیدا ہو جاتا ہے جو تاجک دار مثانہ (sacculated bladder) کے نام سے مشہور ہے۔ بعض حالتوں میں جدوجہد خاص کر ایک حصہ جواب دے دیتے ہیں، اور ایک بڑا سا تاجک بن جاتا ہے۔ اس طرح ایک ایسا تاجک پیدا ہو سکتا ہے جو کچھ عرصہ کے بعد بعض اوقات تقریباً مثانہ کے برابر ہی بڑا ہو جاتا ہے، اور اس سے مثانہ مضاف (double bladder) وغیرہ کی منالطہ انگیز حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

521

حالبین اس خستہ کی عضلی دیوار میں تقریباً ۱۲ انچ تک چلے جاتے ہیں، اور ان کا ترجمہ امرا و رقبہ جو ار کے ثنائی عضلی نظام کا فعل مثانہ سے پیشاب کی بازروی کو روکے رکھتا ہو۔

حالب کے اختتام کو کوئی دائری عضلہ ریشہ گھیرے نہیں ہوتے۔ اور اس سوراخ کی حفاظت کرکے لئے عضلہ باصرہ کی طرح کی کوئی شے نہیں ہوتی (ٹی۔ ایچ۔ سی بیٹنٹس: T. H. C. Benians)۔

مثانہ بین کے ذریعہ سے امتحان کرنے سے یہ دکھائی دیتا ہے کہ ہر ایک حالب ایک منٹ میں ایک یا دو دفعہ منقبض ہوتا ہے، اور پشاب کی ایک چھوٹی سی دھار مثانہ میں داخل ہو جاتی ہے۔ ان دھاروں کے داخل ہونے کے درمیانی عرصہ میں حالبینی سوراخ دروں مثانی دباؤ سے بند رہتے ہیں۔ اگر حالب چھوٹا ہو جائے جیسا کہ یہ اس حالت میں ہو جاتا ہے جب کہ یہ تدریجی تفرج کا محل ہو تو حالب کا مثانی سوراخ باہر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے۔ اس کی خشتائے مخاطی ڈھیلی چسپیدہ ہوتی ہے، اور یہ پانچ دراجسم کی شکل میں بعض اوقات مثانہ میں مستقو ہو جاتی ہے۔ اختناس کی حالت میں حالبین منقبض ہو جاتے ہیں، لیکن یہ اتنا مثانہ سے پشاب کی بازروی واقع ہوئی بجائے زیادہ تران میں پشاب کے جمع ہونے سے ہوتا ہے۔ عضلہ کا ایک ایک بند حالب کے غلاف سے لیکر مثلث کی ہر ایک طرف کے ساتھ ساتھ مجری بول کے اندرونی بولی منفذ کی طرف جاتا ہے (عضلہ بیل: Bell's muscle)۔ اور ایک اور بند (سلاخ مرسیہ: Mercier's bar) قاعدہ پر سے حالبینی دھنوں کو ملاتا ہے۔ یہ بند حالبینی دھنوں کو ان کی وضع پر قائم رکھتے ہیں جب کہ مثانہ پُر ہوتا ہے، اور مصرعی میکانیسم کی محافظت کرتے ہیں (رائٹ: Wright) اور بیٹنٹس (Benians)۔ سرسنتیں مثانہ سے لیکر حالب تک اور حالب سے لیکر گردہ کے حوض تک باسانی پھیل جاتی ہیں۔ اور حالب کا مصرعی سوراخ ان کے لئے کوئی رکاوٹ پیش نہیں کرتا۔

522

زمانہ مثانہ کی گردن مردانہ مثانہ کی نسبت ارتفاع سے ذرا زیادہ نزدیک واقع ہوتی ہے، اور یہ اس افقی خط پر واقع ہوتی ہے جو ارتفاع کے نیچے کے کنارہ سے پیچھے کی طرف کو کھینچا جائے۔ غدہ قدایسم کی عدم موجودگی کی وجہ سے مثانہ کی گردن بہت تمدد پذیر ہوتی ہے اور جب اس امر پر مجری بول کے قصور اور اس کی اتساع پذیری کے ساتھ غور کیا جاتا ہے تو اس سے یہ معلوم ہو جاتا ہے کہ اسی وجہ سے اکثر حصیات کاٹنے کے بغیر ہی چپٹی سے نکالے جاسکتے ہیں۔ صرف اتساع ہی سے پانچ قطر کے پتھر نکالے جاسکتے ہیں۔ منقبض مجری بول میں سے حالبین کے سوراخ دیکھے جاسکتے ہیں اور ان کا امتحان کیا جاسکتا ہے۔ مثانہ اور بیل کے قریبی تعلق کی وجہ سے قبل الذکر کا امتحان موخر الذکر راستہ سے کیا جاسکتا ہے، اور ان کی فارق دیوار کا مفت بلٹ

باریک ہونا مثانی مہلی ناسور کی کثرت وقوع کی توجہ کرنا ہے۔
حالب کا سورخ عنق الرحم سے ۳ سنیڈیڈ کے اور مجری بول کے مثانی فتح سے ۳ سنیڈیڈ
کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ حالب کا جو قریبی نعلی عنق الرحم سے ہوتا ہے اس کی وجہ سے اس کے
فوق مہلی بتریں اور رحم پر کے بعض عملیات میں اس کو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔

بچہ میں مثانہ بیضوی شکل کا ہوتا ہے، اور اس کا انقباضی محور بالغ کے مثانہ سے

نسبتاً بہت زیادہ ہوتا ہے۔ اس بیضوی کہنے کے بڑے سرے (قاعدہ یا قعر) کا رخ نیچے کی اور
بچے کی طرف کو ہوتا ہے۔ قاعدہ تقریباً چوتھے سال میں نمودار ہوتا ہے، اور جنسی عمل اختیار کرتا ہے
(Birmingham)۔ چونکہ حوض چھوٹا اور بہت اٹھلا ہوتا ہے اس لئے اس حشا کا زیادہ
حصہ شکم ہی میں واقع ہوتا ہے۔ کم عمر بچے کے مثانہ کا حصات معائنے مستقیم میں انگلی ڈال کر اور ایک قطرہ
شکم کی مقدم دیوار پر رکھ کر دوسری امتحان کرنے سے اکثر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ بوقت پیدائش
مجری بول کا سورخ ارتفاق کی اوپر کی کور کے لیول پر ہوتا ہے۔ اگرچہ مثانہ شکم میں اس آراوی
تخلیل کرتا ہے لیکن باوجود اس کے اس کی عانی دیوار باریطون سے تمامہ معرا ہوتی ہے۔ موصوف
دیوار پر مصلی غشا بالفول کی نسبت زیادہ نیچے تک چلی جاتی ہے، اور بوقت پیدائش یہ مہلی سورخ
تک اور کم عمر لڑکوں میں غده قدامیہ کے لیول تک پہنچتی ہے۔ بچوں میں غده قدامیہ نہایت ہی
چھوٹا ہوتا ہے۔ تھامپسن (Thompson) بیان کرتا ہے کہ ۷ سال کی عمر میں اس کا وزن ۳
۳۰ گرام ہوتا ہے، اور ۱۸ اور ۲۰ سال کے درمیان کی عمر کے موضوعات میں اس کا وزن ۵۰ گرام
ہوتا ہے۔

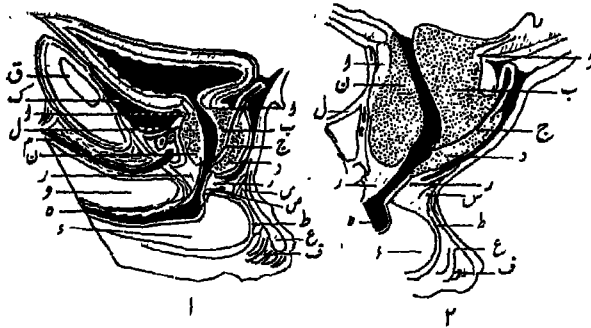
غده قدامیہ (prostate)۔ غده قدامیہ ارتفاق حانہ سے تقریباً ۳ انچ
نیچے واقع ہوتا ہے، اور قتال سبز سے اور معائنے مستقیم میں شکل (۱۱۶)۔ لہذا سبز
سے یہ ۱ تا ۲ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے، اور اس کا امتحان رودہ کی طرف سے آسانی کیا جاسکتا
ہے۔ غده قدامیہ دو جانبی لٹول سے مرکب ہوتا ہے جو مجری بول کے آگے کی طرف ایک عانی
ملتقہ (pubic commissure) سے (شکل ۱۱) اور اس کے پیچھے کی طرف دو اور ملتقوں
سے متحد ہوتے ہیں، جن میں سے ایک (وسطی ملتقہ: median commissure) مشترک قاذف

قناتوں (common ejaculatory ducts) کے اوپر واقع ہوتا ہے اور ایک (مستقیم ملقہ، rectal commissure) ان قناتوں کے نیچے ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۱-ب - ۵)۔ جس حصہ کا نام یہاں وسطی ملقہ بیان کیا گیا ہے وہ پہلے وسطی لمحنتہ (median lobe) کے نام سے مشہور تھا۔ یہ ایسا نام ہے جس سے مغالطہ کا احتمال ہے کیونکہ یہ علاحدہ لمحنتہ نہیں ہے بلکہ جیسا کہ پہلے واضح کیا جا چکا ہے دو جانبی لمحنتوں کا صرف مقام اتحاد ہے۔ ہر ایک غندہ کثیر التعداد شاخدار انیوبی غدود (tubular glands) سے بنا ہوتا ہے جو غیر منقطع عضلہ اور لیسفی بافت میں مدفون ہوتے ہیں، اور انہی سے گھیرے ہوتے ہیں۔ یہ غدود مجری بول ہیں۔ خاص کر قدامی جو فوں میں۔ جا کر ختم ہوتے ہیں، لیکن ان کے افراز کا استعمال معلوم نہیں۔ یہ افراز طویل اور بہت تنگ قناتوں کے ذریعہ سے باہر نکلتا ہے جو مجری بول کے قدامی حصہ میں کھلتی ہیں۔ قدامی خراش کی بعض قسموں میں پیشاب میں چھوٹے چھوٹے سفید غیر شفاف تانگے پائے جاتے ہیں، جو روئی کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں سے بہت مشابہ ہوتے ہیں، اور یہ قدامی قناتوں کے حقیقی سببانک ہوتے ہیں۔

غده قدامیہ کا کیسہ (capsule of the prostate) - کلانی یافتہ

غده قدامیہ کی تدبیر علاج کی حیثیت سے جو کامیابی انقاف (enucleation) میں ہوتی ہے اسکی وجہ سے حال ہی میں اس غده کی غلافی ساختوں کے متعلق بہت کچھ بحث ہوئی ہے۔ کیسہ (capsule) کی اصطلاح اس غده کے سطحی یعنی عضلی ملقہ کے لئے تجویز کی گئی ہے، اور غلاف (sheath) کی اصطلاح اس کو طوف کرنے والی اس لیسفی ساخت کے لئے اختیار کی گئی ہے جو حوضی ردائے شقوق ہوتی ہے۔ انقاف (enucleation) کرتے وقت غده بالعموم کیسہ کے اندر سے نکالا جاتا ہے۔ غلاف (sheath) کیسہ کے ساتھ صرف ایک مقام یعنی مقدم یا عالی سطح پر ہی مضبوطی منضم ہوتا ہے۔ دوسرے مقامات پر یہ اس سے آزاد ہوتا ہے۔ چونکہ غده قدامیہ کا قاعدہ مثانہ کے ساتھ لگا ہوتا ہے، اور یہ غلاف سے معرا ہوتا ہے، اور باقی تمام مقامات پر یہ اس میں بند ہوتا ہے اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ مثانہ کی طرف سے غلاف میں باسانی داخل ہو سکتے ہیں، اور غده کا انقاف کر سکتے ہیں (شکل ۱۱-ب)۔ غده قدامیہ کا راس مبانی عاصہ (sphincter urethrae) پر ممکن ہوتا ہے، اور اس کی طرفیں رافع مبرز کے عانی مستقیم

(عانی عصصی) ریشیوں کے ساتھ ملی ہوتی ہیں۔ اس لئے غدہ قدامیہ کا غلاف (sheath) ان دونوں عضلات کے ہم پہلو غلافوں سے متحد ہوتا ہے۔ وریدوں کا قدامی ضغیرہ جس میں مثانی ورید کی تضیب کی نظر کی ورید کی معاون اور ریلی شافیں داخلی حیاتی (internal pudic) (حیاتی) اور سار وریدیں (obturator veins) آکر ملتی ہیں اس یعنی بافت میں واقع ہوتا ہے جو غدہ قدامیہ اور عضلہ رافع مبرز کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ ان وریدوں کے باہر کی طرف کی بافت غلاف (sheath) تصور کی جاتی ہے، اور اندر کی طرف کی کیسہ



فصل ۱۱ - ۱۔ طبعی غدہ قدامیہ کی وسطی تراش - ۲۔ کلانی یافتہ غدہ قدامیہ کی وسطی ہی تراش -

۱۔ عاصرو مثانہ - ۲۔ وسطی لنتہ - ۳۔ مشترک قاذف قنات - ۴۔ مستقیم لنتہ - ۵۔ بہر - ۶۔ بہانی عاصرو - ۷۔ مقیم بہانی عضلہ - ۸۔ غدہ کوثر - ۹۔ بصلہ کہفکی - ۱۰۔ مبرز کا داغلی عاصرو - ۱۱۔ مبرز کا خارجی عاصرو - ۱۲۔ ارتفاق عانہ - ۱۳۔ پس عانی فضا - ۱۴۔ عانی قدامی رباط اور غدہ قدامیہ کا غلاف - ۱۵۔ قنیب کی ظہری ورید - ۱۶۔ عانی لنتہ - ۱۷۔ کہفکی جسم - ۱۸۔ مجری محل - ۱۹۔ بصلہ -

(capsule) سمجھی جاتی ہے۔ غده قدامیہ کا غلاف موخر یا مستقیم جانب پر مستقیم متانی فاصل (recto-vesical septum) سے بنتا ہے۔

غده قدامیہ کے عروقی لمف جن کی تعداد بہت زیادہ ہوتی ہے غده کے اس گروہ میں جا کر ملتے ہیں جو حوض کی دیوار پر خارجی اور داخلی حرقفی شریانوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

غده قدامیہ کا خراج بالعموم مجری بول میں پھٹتا ہے کیونکہ اس سمت میں سب سے کم مزاحمت پیش آتی ہے۔ اگر یہ مجری بول میں داخل نہ ہوگا تو یہ غالباً معائنے مستقیم میں ٹھکڑیگا، کیونکہ ان دونوں اعضا کے درمیان صرف مستقیم متانی فاصل ہی موجود ہوتا ہے۔ اس غده کے ایک سخت فشتا میں یوں لطوف ہونے سے کسی حد تک اس درد کی توجیہ ہوتی ہے جو مادہ قدامی خواجہات میں محسوس ہوتا ہے۔ حاد التهاب قدامیہ (acute prostatitis) میں درد بید آخری پسلی کی نوک پر (رسوال نہری عصب)، موخر حرقفی شوکر پر (مخار صواں نہری عصب)، اور نیز پاؤں کے تلووں پر (نیرا عجزی عصب) بھی منسوب ہوتا ہے۔ غده قدامیہ کی عصبی رسی نیچے کے تین نہری اور اوپر کے تین مجری قطعات سے حاصل ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ بعید درد کی تقسیم اس قدر وسیع ہوتی ہے (Head:)۔

غده قدامیہ کی پیش پرورش۔ لمبی غده قدامیہ کی اوسط پائش عریض ترین

حصہ پر ۱ انچ اور آگے سے پیچھے کو یا اس سے قاعدہ تک ۱ ۱/۲ انچ ہوتی ہے۔ ۵۳ سال کی عمر کے بعد اس عضو کے پیش پروردہ ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ اور سر نہری تھا پسٹن (Sir Henry Thompson) کی رائے یہ ہے کہ جب اس غده کی پائش ایک طرف سے دوسری طرف کو ۲ انچ ہو، یا جب اس کا وزن ۱ اونس یا اس سے زائد ہو، تو یہ کہا جاسکتا ہے کہ پیش پرورش موجود ہے۔ غده قدامیہ کا معمولی وزن ۱ ۱/۲ اونس ہوتا ہے۔ اگر کلانی زیادہ تر جانی حصوں پر واقع ہوئی ہو تو یہ سمجھ لینا چاہیے کہ یہ پیش پرورش احتباس بول پیدا کرنے کے بغیر معتد بہ البعاد تک پہنچ سکتی ہے۔ بخلاف اس کے وسطی ملقہ (median commissure) (تیسرے لختہ) کی نسبت کم کلانی بھی قبول میں مل انداز ہو سکتی ہے۔ جب یہ حصہ کلانی یافتہ ہو جاتا ہے تو مبالغہ سوراخ میں سے یہ متانہ کے

اندر گھس جاتا ہے، اور مثانی عاصروہ (sphincter vesicae) کو قسح کر دیتا ہے۔ مگر بول کا غلغل غالباً میکائی نہیں ہوتا، کیونکہ اکیلا اس لختہ کو دور کرنے سے صورت حالات بہتر نہیں ہوتی (شکل ۲۷۱)۔ اگر کلانی کا عارضہ عمومی ہو تو قدامی مبال کا طول بڑھ جاتا ہے اور اگر ایک جانبی لختہ دوسرے کی نسبت زیادہ کلانی یافتہ ہو تو خنرال مبال ایک طرف کو منحرف ہو جاتی ہے۔ اور جب کلانی خاص طور پر وسطی ملقنہ (median commissure) میں واقع ہوتی ہے تو قدامی مبال جو طبعی طور پر تقریباً سیدھا ہوتا ہے مقعر مدببہ منحنی ہو جاتا ہے، اور یہ انحناء بعض اوقات بہت عا د ہوتا ہے۔ یہ فیہن ششیں کمنا ضروری ہے کہ اکیلہ وسطی ملقنہ کی کلانی متقیبی امتقان سے مشکل ہی سے شناخت کیجا سکتی ہے۔ یہی وسطی ملقنہ جب شانہ کے اندر کی طرف سے دیکھا جاتا ہے تو یہ ایک نمایاں بالید کی شکل کا دکھائی دیتا ہے جو بخوبی مدور یا سا قچہ دار یا بے سا قچہ ہوتی ہے۔

قدامیہ برآری (prostatectomy) کے عملیہ میں یہ نہایت تکلیف دہ تودہ ایک فوق عانی منصف دیکر کھالا جاتا ہے۔ جراح اس غدہ اور قدامی مبال کا انحناء کیسے کے اندر سے الگ کی فریہ کر دیتا ہے۔ اس کے بعد کیسہ میں ایک بند فضا رہ جاتی ہے جو پہلے خون اور پیشاب سے پُر رہتی ہے اور بعد میں اس کے منتفض ہو جانے سے جدید مجری بول بن جاتا ہے۔ مجری بول کے قدامی حصہ کے تباہ ہو جانیکے باوجود مریض فصل تنول پر جلد قابو حاصل کر لیتا ہے۔ میالی عاصروہ (sphincter urethra) کو ضرر نہیں پہنچتا۔

غدہ قدامیہ ایک منحنی عضو ہے، اور اس کی جسامت اور اس کے نمو کا انحصار خستین کی موجودگی اور ان کی فیہن تدر ہے۔ زندگی کے ابتدائی حصہ میں انحصار (castration) اس کے نمو کو روک دیتا ہے، یا اگر یہ پہلے سے نمو یافتہ ہو تو اس میں ذبول پیدا کر دیتا ہے۔ لیکن جب یہ عملیہ صنفی زندگی کے نسل نمو کے بعد کیا جاتا ہے تو یہ امر صرف جزوی طور پر ہی صحیح ثابت ہوتا ہے۔ ایک خصیہ کو نہال دیبے سے صرف جزوی ذبول ہی پیدا ہوتا ہے، لیکن قنوا ت ناقلہ (vasa deferentia) کو کاٹ دینے سے عام طور پر کوئی اثر ظاہر نہیں ہوتا (سی - وایسٹس 527)

(C. Wallace: -

مرآۃ میال (male urethra) کا طول تقریباً ۸ انچ (۲۱ سنٹی میٹر) ہوتا ہے، اس میں سے ۱ انچ قدامی مبال، ۳ انچ غشائی مبال اور ۶ انچ قضیبی یا اسفنجی

(کھٹکی) حصہ ہوتا ہے۔ ۴ اور ۶ سال کی عمر کے درمیان اس کا طول ۸ تا ۹ سنٹی میٹر ہوتا ہے اور ۱۰ اور ۱۳ سال کی عمر کے درمیان ۱۰ تا ۱۱ سنٹی میٹر۔ یہ قنال حوضی حصہ جو نسبتاً مثبت ہوتا ہے اور عجائی اور قضیبی یا حرکت پذیر حصوں میں تقسیم کی جاسکتی ہے۔ حوضی حصہ مثانہ کی گردن سے لیکر مثلثی رباط کی مقدم تک جاتا ہے۔ مبالی عاصروہ ان دونوں حصوں کی فعلی تفریق قائم کرتا ہے۔ حوضی حصہ میں ایک کیساں انخنا پایا جاتا ہے جو مخرج حوض کے محور کے ایک متوازی خطہ سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ قلزاتی قاساطیر کا "انخنائے قعیر" حوضی مبال کے محور کے مطابق بنا ہوتا ہے۔ مبال کا یہ حصہ محراب عانہ سے تقریباً "انچ نیچے واقع ہوتا ہے۔ مبال کے حرکت پذیر حصہ کا انخنا جبکہ قضیب لٹکا ہوا ہے مخالف سمت میں ہوتا ہے، اس لئے تمام قنال کا خاکہ تقریباً انگریزی حرف ایس (S) کی طرح کا ہوتا ہے۔

قاساطیر داخل کرتے وقت اس امر کا ضرور خیال رکھنا چاہئے کہ جب یہ

اوزار حرکت پذیر مبال میں سے گزرتا ہے تو اس کی قنال قاساطیر سے موافقت پیدا کر لیتی ہے، مگر جب یہ مثبت یا حوضی قطعہ میں سے گزرتا ہے تو اس کو قنال ثابث کے ساتھ ضرور موافقت کرنا چاہئے۔ لیکن کی حالت میں قاساطیر داخل کرتے وقت قضیب اوپر کی طرف کو انقباضی کڑخ میں اٹھا کر کھڑا کیا جاتا ہے، اور حرکت پذیر مبال میں جو انخنا ہوتا ہے وہ اس طرح دور ہو جاتا ہے۔ اسبب یہی ہے کہ اس اوزار کو بون ران کی سطح کے قریب اور پوپارٹ (Poupart) کے رباط کے اوپر اور اس کے متوازی رکھا جائے۔ جب یہ مثبت مبال تک پہنچ جاتا ہے تو قاساطیر کے دستہ کو خط وسطی پر لے آتے ہیں، اور پھر اسے جسم کے عین وسطی مستوی میں رکھ کر ٹانگوں کے درمیان دبا دیا جاتا ہے، تاکہ اس اوزار کا اگلا حصہ قنال کے قدرتی انخنا میں سے گزر جائے۔ اس کے داخل کرنے میں سب سے بڑی دقت عام طور پر اس مقام پر پیش آتی ہے جہاں مبال کے حرکت پذیر اور مثبت حصے مثلثی رباط کی مقدم تہ پر ملتے ہیں (فصل ۱۱)۔ یہ دقت تین حالتوں سے پیدا ہوتی ہے۔ (۱) عربیف بھلی مبال (bulbous urethra) دفعۃً منقبض ہو کر تنگ غشائی حصہ (membranous part) میں تبدیل ہو جاتا ہے (۲) غشائی حصہ (membranous part) کا مدخل مبالی عاصروہ (sphincter urethrae) سے محفوظ

اور بند رہتا ہے۔ اگر التهابِ مبال (urethritis) موجود ہو تو غاصرہ میں قاسا طیر کے قریب پہنچتے ہی معکوس تشبیج کی ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے، اور اس حالت میں یہ صرف نرم اور سل دباؤ پر ہی راستہ دیتا ہے۔ (۳) ماصری دہن پر مبال کا محور اپنا رخ تبدیل کر لیتا ہے۔ طبعی مبال میں قاسا طیر داخل کرنے وقت بھی ان تمام دقتوں پر غالب آنا پڑتا ہے۔ جب کسی ایسے واقعہ میں قاسا طیر سے کوئی کاذب گذر گاہ بن جائے جس میں اس اوزار کو کوئی خاص رکاوٹ پیش کرنے کے لئے تعینق موجود نہ ہو تو یہ عام طور پر قنالی کو مثلی رباط کے عین سامنے چھوڑنا ہوا یا گیا ہی۔

مبالی قنال (urethral canal) کے متعلق یہ خیال نہ کرنا چاہئے کہ گلیس

کے نل کی طرح کی ایک کھلی نلی ہے۔ سوائے اس حالت کے جبکہ چشام یا کوئی اوزار اس نلی میں سے گذرتا ہے اس کی تراش ایک مستعرض درز کی طرح کی معلوم ہوتی ہے۔ فوقانی اور تحتانی دیواریں ایک دوسرے سے ملی رہتی ہیں۔ حفرہ زورقیہ (fossa navicularis) میں یہ نلی انقباضی درز کی طرح کی ہوتی ہے۔ اس کا مخاطی استر حصوں کے ڈھیلے پن اور اس انقباضی بات اور غیر محطہ عضلی ریشوں کی وجہ سے جن سے اس کا زیرین طبقہ بنتا ہے مقترب رہتا ہے۔

اس قنال کا قدامی (prostatic) حصہ تمام مجری بول کا عریض ترین اور سب سے زیادہ اتساع پذیر ہوتا ہے۔ اس کا وسطی حصہ نہایت چوڑا ہوتا ہے، اور یہاں پر اس کا قطر تقریباً ۱/۲ انچ ہوتا ہے۔ مثانی سرے پر اس کا قطر ۱/۴ انچ کے قریب ہوتا ہے۔ اور مبال کے اسی حصہ کے مقدم سرے پر قطر کی پیمائش ۱/۲ انچ سے ذرا کم ہوتی ہے۔ قاذف نلیاں (ejaculatory ducts) جن کی محافظت عاصری عضلات سے ہوتی ہے (ایف۔ ایس۔ کڈ N. Kidney) قدامی مبال میں کھلتی ہیں، اور اس طرح قنال کے اس حصہ کا التهاب ان نلیوں کے ساتھ ساتھ پیچھے کی طرف کو منوی ٹیسکوں (seminal vesicles) تک پھیل سکتا ہے۔ اور یہاں سے قنات ناقہ (vas deferens) کے ذریعہ سے برنج (epididymis) تک جاسکتا ہے (شکل ۱۱۷)۔ جب سوزاک سے قدامی مبال ماؤف ہوتا ہے تو انہی حصوں کے ساتھ ساتھ انتشار واقع ہونے سے خصیہ کا التهاب پیدا ہوتا ہے۔ اور یہ بھی معلوم ہو جانا چاہئے کہ اسی قسم کا التهاب قدامی مبال کے منغیر حصات قدامی خراج اور ان کے مشابہ دوسری حالتوں

پیدا ہو سکتا ہے۔ اس حصہ میں تضیق ہرگز واقع نہیں ہوتا۔

غشائی مبالی (membranous urethra) سوائے منفذ کے تمام نلی کا ننگی ترین حصہ ہے۔ اس کا قطر تقریباً $\frac{1}{8}$ انچ ہوتا ہے۔ مثلی ربط کی دونوں تہوں کے درمیان مثبت ہوتا ہے، نیز یہ مبالی عاصرو (sphincter urethra) سے جو معکوس طور پر فعل کرتا ہے گھرا ہوتا ہے۔ لہذا اسی حصہ میں وہ تضیق جو "تشنجی تضیق" (spasmodic stricture) کے نام سے موسوم ہے واقع ہوتا ہے۔ بہر حال مبالی عاصرو (مضیق) کا انقباض قاسطیہ یا ساؤنڈ کے گزرنے میں اکثر معذبہ مزاحمت پیش کرتا ہے۔

قضیبی مبالی (penile urethra) ہر ایک سرے پر یعنی ان حصوں پر جو فرداً فرداً بصلہ اور حشفہ تضیب پر واقع ہوتے ہیں تسع ہوتا ہے۔ بصلی مبالی (bulbous urethra) کا قطر مبالی کے قدامی اور غشائی حصوں کے قطروں کے درمیان درمیان، اور قضیبی مبالی کے زیادہ تر حصہ کا قطر بصلی اور غشائی حصوں کے قطروں کے درمیان درمیان ہوتا ہے بصلی مبالی میں عضوی تضیق (organic stricture) نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے منفذ (meatus) کی پیمائش $\frac{1}{8}$ تا $\frac{1}{4}$ انچ ہوتی ہے، اور اس لئے اگر قاسطیہ منفذ میں سے گذر جائے تو یہ طبی قنال کے ہر ایک حصہ میں سے گذر جائے گا۔ اس کا روزن بہت مزاحمت پیش کرتا ہے، اور بڑے اوزار گذارنے کے لئے اس میں اکثر شکاف دینا پڑتا ہے۔

لہذا مبالی کے تنگ ترین حصے (۱) منفذ پر اور (۲) غشائی قطعہ میں ہیں، اور مقدم خاص طور پر تنگ ہوتا ہے۔ جو حصیات مثلاً نہ سے آگے بڑھ آتے ہیں ان کے انہی مقامات پر ایک جانے کا نہایت احتمال ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے اس قنال کے عرض حصے (۱) حفرہ زورقیہ (fossa navicularis) (۲) مبالی کا بصلی حصہ، اور (۳) قدامی حصہ کا وسط ہیں۔

530 **غشائے مخاطی کا امتحان** ایک سرے سے دوسرے سرے تک مبالی بین (urethroscope) سے کیا جاسکتا ہے۔ قضیبی مبالی میں کثیر التعداد مخاطی غدود موجود ہوتے ہیں جو زیادہ تر بالائی اور ظہری بیوروں پر ہی مترتب ہوتے ہیں۔ یہ غدود ایک تھن (lubricant) جیسا کرتے ہیں جو پیشاب کے آسانی سے گزرنے اور استری غشائی محافظت کے لئے ضروری ہوتا ہے۔

مگر جب اس استری غشائیں سرایتی التهاب واقع ہوتا ہے تو یہ عدد اور طاقت جات (crypts) بعینہ جیسا کہ دوسرے ملتبہ اغشیہ مخاطیہ مثلاً قصبی اور شصتی اغشیہ مخاطیہ میں ہوتا ہے خاص طور پر ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ایسے افراد کی مقدار مد سے زیادہ بڑھ جاتی اور بھی ہو جاتی ہے۔ یہ عدد نبتہ سوزاکیہ (gonococcus) کا ملجا و ماویٰ بن جاتے ہیں۔ مثلاً نہین (urethroscope) کے ذریعہ سے ان کی متورم حالت شناخت کیا جاسکتی ہے، اور حفہ بڑھ کبیر (lacuna magna) جو حصہ ورقیہ کی چھت میں ہوتا ہے تیز کیا جاسکتا ہے۔ اور اسی طرح مبال کے مختلف حصوں کی رنگت میں بھی تمیز کی جاسکتی ہے۔ قنوات کوپر (ducts of Cowper) کے فتحات بصلی مبال کے فرش پر دکھائی نہیں دیتے، مگر غشائی مبال کے مدخل پر غشائے مخاطی کی شکن دار حالت اور عاصہ سے اس کا بند ہونا بآسانی نظر آسکتا ہے۔ عمیق مبال کے فرش پر کی ساختوں یعنی قدامی رحمک (prostatic utricle) (مردانہ رحم: uterus masculinus) اور قاف ثلیوں (ejaculatory ducts) کے دھنوں کا امتحان بھی کیا جاسکتا ہے۔ مبال کا عمیق حصہ جس سے ہوتا ہے، اور یہ یاد رکھنا نہایت ہی ضروری ہے کہ اس حصہ کی استری غشائیں مضرت رساں اور بے ضرر اشیا کو جذب کرنے کی عجیب و غریب طاقت موجود ہے۔

مریض کے کسی سخت چیز پر کھلی ٹانگوں سے (جیسا کہ آدمی گھوڑے پر بیٹھتا ہے) گرنے سے مبال مشتق ہوسکتا ہے۔ اس قسم کی چوٹ میں یہ اس سخت چیز اور محراب عانہ کے درمیان کو بید ہو جاتا ہے۔ لہذا قتال کا وہ حصہ جل کو سب سے زیادہ کثرت سے نقصان پہنچتا ہے غشائی قطعہ اور قضیبی قسمت کا موضع حصہ ہے۔ عجان کے چوٹ کھانے کے وقت جسم جتنا زیادہ آگے کی طرف کو جھکا ہوا ہو گا قضیبی مبال کے اتنے ہی زیادہ لمبیل حصہ کے عاین کے ذریعہ سے کو بید ہونے کا امکان ہو گا۔

زنا نہ مبال کا طول تقریباً ۱۱ انچ اور اس کا قطر ۱ انچ سے ۱ ۱/۲ انچ تک ہوتا ہے۔ مگر یہ بہت حد تک متغیر ہوسکتا ہے۔ کھڑے ہونے کی حالت میں یہ قتال تقریباً انتصابی ہوتی ہے اور لیٹنے کی حالت میں تقریباً افقی۔

قضیب (penis)۔ اس عضو کے زیادہ تر حصہ کی جلد باریک اور نرم ہوتی ہے، اور زیر جلدی بافت مقدار میں کم اور ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے۔ اس بافت کے ڈھیلے پن سے

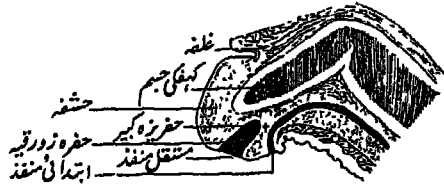
یہ تہہ ممکن ہے کہ یہ جلد بہت ہی تمدد پذیر اور حرکت پذیر ہوتی ہے۔ موصوفہ ذکر امر کو مختہ کرتے وقت ذہن نشین رکھنا چاہئے، کیونکہ اس عمل کے دوران میں قصیب کی جلد حشفہ کے اوپر سے اور اس کے پیچھے سے اتنی آسانی سے پھینچی جاسکتی ہے کہ اس کو اتنا پیچھے سے کاٹ دینے سے جتنا کہ ممکن ہو اس عضو کا زیادہ تر حصہ معرا رہ جاتا ہے۔ اس امر کا اطلاق بلاشبہ بچوں پر ہوتا ہے۔ زیر مخاطی بافت کے ڈھیلے پن کی وجہ سے یہ عضو متہیج ہونے کی حالت میں یا جبکہ وعاء بدریشاب اس حصہ میں چلا آ بیو متورم ہو جاتا ہے۔ حشفہ قصیب پر غشاء مخاطی استفد منضم ہوتی ہے کہ زیر مخاطی بافت تقریباً نابود ہی ہوتی ہے۔ اس لئے اس حصہ کے آنشکی اکولوں (syphilitic chaneres) میں صرف خفیف سا تصلب ہی پایا جاتا ہے۔ بخلاف اس کے اکیل (corona) پر زیر مخاطی بافت ڈھیلی ڈھالی اور کثیر المقدار ہوتی ہے اور اسی لئے تصلب آسانی پیدا ہو سکتا ہے، لہذا آنشکی قرص اکثر اسی حصہ پر اپنے میز ترین نموکو پہنچتا ہے۔

قصیب کی عرقیت اور اس کے سرخ احقان سے جو اس وقت پیدا ہوتا ہے جبکہ وریدی خون واپس جانے سے رک جاتا ہے اس عضو کے اس سرخ اور وسیع ورم کی توجہ سے ہوتی ہے جو اس پر کوئی مضیق بند لگالے سے پیدا ہوتا ہے۔ جب قصیب کے گرد غلیظہ گذار کر ان سے کوئی قاسطیر یا مدھا جا رہا ہو تو اس امر کا خیال رکھنا چاہئے۔ سفنجی جسم (corpus spongiosum) کی دموی فضائیں بعض اوقات سوزا کی التهاب سے تمدد پذیر ہو جاتی ہیں اور کہنکی اجسام (corpora cavernosa) کی فضائیں آزاد رہتی ہیں۔ اس حالت میں قصیب کی استادگی کے وقت جسم سفنجی کمان کی رسی کی طرح فعل کرتا ہے اور وہ تخم پیدا ہو جاتا ہے جو نوعط مولم (chordee) کے نام سے موسوم ہے۔

سلطی عروق لطف کے ذریعہ سے مرض قصیب کی جلد اور اس کے منفذی خط سے اربی غد کے اندرونی غد تک پہنچ سکتا ہے۔ زیادہ گہرے عروق قسدامی (prostatic) وریدوں کے ساتھ ساتھ غد کے داخلی حرقی گردہ تک جاتے ہیں جو حوض کی جانبی دیوار پر واقع ہوتا ہے۔ بعض عروق فذی حلقہ میں سے گذر کر خارجی حرقی غد میں براہ راست جا ملتے ہیں۔

قصیب اکثر ایقافات نموکا مل ہوتا ہے۔ اور اس حالت میں اس کے مناظر مختلف

ہوتے ہیں۔ ان میں سے تحت مباہیت (hypospadias) اور فوق مباہیت (epispadias) کا ذکر کیا جا سکتا ہے۔ قبل الذکر میں مجری بول کی تختانی دیوار اور اسٹفنجی جسم کا تناظر حصہ موجود نہیں ہوتے، اور موخر الذکر میں قناتی کی فوقانی دیوار اور کھپکی اجسام کا تناظر حصہ کم و بیش مکمل طور پر نابود ہوتا ہے۔ تحت مباہیت (hypospadias) کی حالت میں دو منفذ موجود ہوتے ہیں — ایک حشفہ پر واقع ہوتا ہے، اور اس سے انبان میں نکلتا ہے جو حفزہ زورقیہ (fossa navicularis) کو ظاہر کرتا ہے، اور دوسرا اس کے عین پیچھے ہوتا ہے، اور پیچھے کی طرف مجری بول میں نکلتا ہے (شکل ۱۱۸)۔ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ مردانہ مجری بول کا ابتدا مضاعف ہوتا ہے۔ حشفہ کے اندر کا حصہ حشفہ کی سطح پر کے سرحد کی



شکل ۱۱۸۔ قصیب کی تراش جو تحت مباہیت کی عام قسم کو ظاہر کرتی ہے۔
نشان میلپس مقام کو ظاہر کرتا ہے جہاں پربافت میں کلکڑا، ایا اور منفذی درون بالید کے درمیان راستہ بناتا ہے۔

دروں بالید سے بنتا ہے، اور بقیہ قضیبی مہال (cloaca) مستقیم ہوتا ہے۔ ابتدا میں مجری مہال (cloacal urethra) اپنے ذاتی سوراخ کے درلیہ سے نکلتا ہے (ابتدائی منفذ primitive meatus: شکل ۱۱۸)، مگر دوران نمو میں حشفہ میں سے ایک درون بالید پیدا ہوتی ہے جس سے مستقل منفذ اور حفزہ زورقیہ (fossa navicularis) بناتے ہیں۔ جب یہ درون بالید خفجی مہال (cloacal urethra) میں کھلتی ہے تو ابتدائی منفذ بند ہو جاتا ہے۔ قید الخلفہ (frenum preputii) اس کے اوپر بناتا ہے۔ اور اس طرح جو حالت پیدا ہو جاتی

وہ موقوف نمو کی ایک حالت ہے۔ ایسے مریضوں کے غلفہ پر دہنی غدو (sebaceous glands) دونوں بیضوی گروہوں میں مرتب ہوتے ہیں — عجینا ست غلفہ (preputial ocelli) (Shillitoe: شلیٹو)۔

صفن (scrotum)۔ صفن کی جلد پتلی اور شفاف ہوتی ہے، اس لئے اس کے حصوں کی کو فتگی میں سطح کے نیچے نمون کے وماہر ہو جانے سے رنگت میں تغیر واقع ہوتا ہے وہ آسانی سے اور واضح طور پر نظر آتا ہے۔ مزید برآں یہ بہت چمکدار اور وافر ہوتی ہے، اس لئے اس میں بہت سا تمدد واقع ہو جاتا ہے جیسا کہ بڑے بڑے صفنی فتوق اور خصیتی سلعات میں دیکھنے میں آتا ہے۔ صفن کی گنگرین تک میں بھی جب کہ دونوں خصبے معرا ہو چکے تھے یہ حصے بیجا طور پر سکڑنے یا منقبض ہونے کے بغیر از سر نو مکمل طور پر درست کئے جا چکے ہیں۔ صفن کی سطح پر جو اساریر (rugæ) ہوتے ہیں ان میں میل پھیل بآسانی جمع ہو سکتا ہے، اور اس قسم کے اجتماع سے جو خراش پیدا ہوتی ہے وہ بعض اوقات سرطانی سلعات (epitheliomata) کے پیدا ہونے کا جو اس حصہ میں قلیل الوقوع نہیں ہوتے، محرک سبب ثابت ہوتی ہے۔ جب سطح سے پسینہ نکلتا ہے تو اساریر کا رجحان اس احتباس رطوبت کی تائید کرنے کی طرف ہوتا ہے جو ان کے شکنوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ اس حالت اور دوسری حالتوں کی وجہ سے صفن میں اکزیما (eczema) اور جلد کے ان آتشکی امراض کے واقع ہونے کا جن کی تعیین مقام خراش کی موجودگی سے ہوتی ہے احتمال ہوتا ہے۔ اساریر (rugæ) صحت کی علامت ہوتے ہیں کیونکہ ان کا انحصار خفیف عضلی ریشوں کے قوی انقباض پر ہوتا ہے۔ کمزور اشخاص میں یا گرمی کے مرتخی اثرات کے تحت صفن اہوار اور معلق ہو جاتا ہے۔ سادہ شگافہ زخم میں جیسا کہ انحصا (castration) میں ہوتا ہے سلغیہ (dartos) سے جلد کی کوروں کے اندر کی طرف مڑ جانے کا احتمال ہوتا ہے، اور اس سے ٹانگے لگانے میں کسی قدر دقت پیش آتی ہے۔ یہ دقت زخم پر گرم اسفنج رکھ کر اس بافت میں کچھ عرصہ کے لئے ڈھیلا پن پیدا کرنے سے رفع کی جا سکتی ہے۔

زیر جلدی بافت (subcutaneous tissue) ڈھیلا اور بہت وسیع

ہوتی ہے، اور اس لئے سطح کے نیچے خون کی بہت سی وما بدری نمودار ہو سکتی ہے۔ صنف اپنے محل کے نیچا ہونے اور اپنی خلوی بافت کے ڈھیلا اور وسیع ہونے کی وجہ سے اکثر جسم کا پہلا حصہ ہوتا ہے، جو استسقاؤں پہنچ جاتا ہے، اور اس پہنچ کو یہ ایک نمایاں حد تک ظاہر کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ مزید براں صنف دائرہ الفیل (elephantiasis) کا بھی اکثر محل ہوتا ہے، جو لٹنی عروق اور انصافی بافت کی فضاؤں کے تمدد سے پیدا ہوتا ہے۔ صنف کی حیویت زیادہ نہیں ہوتی اور مادہ التهاب میں اغاثات عام طور پر واقع ہو جاتا ہے۔ اس لئے کلانی یافتہ خصیہ پر بند کشی (strapping) کرنے میں ذرا احتیاط چاہئے۔

خصیہ بعض اوقات کہفہ شکم میں مجوس ہو کر رہ جاتا ہے، یا کچھ زمانہ کے لئے جو مختلف واقعات میں مختلف ہوتا ہے، یا عمر بھر قتال اربی میں پڑا رہتا ہے۔ بخلاف اس کے یہ بعض اوقات صنف سے آگے نکل کر عجان میں چلا جاتا ہے، یا اربی قتال سے باہر نکل کر فخذی قتال اور صافنی فتقہ (saphenous opening) میں سے گزر کر ران میں چلا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 401)۔

اصلی خصیہ طبقتہ غمدیہ (tunica vaginalis) سے سوائے موخر کنارہ کے تھوڑے سے حصہ کے جہاں عروق داخل ہوتے ہیں بتامہ محصور ہوتا ہے۔ بئخ (epididymis) اس مصلی غشا سے اطراف پر بتامہ اور سامنے کی طرف کم و بیش پوشیدہ ہوتا ہے، مگر موخر کنارہ کے زیادہ تر حصہ پر آزاد یا معرا ہوتا ہے (دیکھو شکل او صفحہ 402)۔ طبقتہ غمدیہ (tunica vaginalis) کی حشائی تہ جداری تہ سے بئخ (epididymis) کے موخر کنارہ پر ملتی ہے۔ خصیہ اور بئخ کا موخر کنارہ — گلوب کبیر (globus major) سے لے کر گلوب صغیر (globus minor) تک مصلی غشا کے الوکاس — خصیہ کی ماسا ریتقا — سے محدود ہوتا ہے۔ تمام موخر کنارہ سے چسپیدہ ہونے کی بجائے ماسا ریتقا بعض اوقات خصیہ اور گلوب صغیر کے صرف ترین قطب ہی سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اس قسم کی ساقچہ دار چسپیدگی پر خصیہ کے اس تنگ ماسا ریتقا کو بل پر جانے سے مخنتق ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ تنگ اور

متطول ماسارٹیا صرف ان غد کے ساتھ ہی پائی جاتی ہے جن کا نزول دیر سے ہوتا ہے، یا جو دوران نزول میں ٹھہر جاتے ہیں۔ لہذا خصیہ کا تلوئی (torsion of the testicle) صرف ناقص النمو اعضا ہی میں ممکن الوقوع ہے۔

مصلی طبقہ اور خصیہ یا اصلی غدہ میں جو زیادہ قریبی اور وسیع تعلق ہوتا ہے اُس سے اس عضو کے اس حصہ کے التهاب میں، اکیٹلہ برنخ کے مہذب ہونے کے مقابلہ میں، قیلہ مائیہ (hydrocele) کے زیادہ کثیر الوقوع ہونے کی کسی حد تک 535 توجیہ ہوتی ہے۔ عام قیلہ مائیہ (hydrocele) کے واقعات میں طبقہ غمدیہ (tunica vaginalis) کے انفکاس ہی کی وجہ سے خصیہ ورم کے زیرین اور موخر حصہ پر مضبوطی سے جمارہتا ہے، لیکن باوجود اس کے اس غشا سے اس عضو کا اتنا وسیع حصہ محصور ہوتا ہے کہ بڑے بڑے قیلہ جات مائیہ میں اس غدہ کا محل معلوم کرنا مشکل ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں خصیہ صفن کے اگلے حصہ میں واقع ہوتا ہے، اور برنخ (epididymis) اس کے سامنے ہوتا ہے، اور اس غدہ کا جسم اس کے پیچھے ہوتا ہے۔ مزید برآں قنات ناقلہ (vas deferens) جبل کے سامنے کے حصہ کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کوجاتی ہے۔ ان حالتوں میں خصیہ عین اسی وضع پر ہوتا ہے جو یہ اس حالت میں اختیار کر گیا جبکہ انتصابی محور پر اسے گردش دی جائے۔ یہ حالت دروں کروں خصیہ (inversion of the testicle) کے نام سے مشہور ہے، اور اس کی تلاش قیلہ مائیہ کے واقعات میں کرنا چاہئے، نیز ایسی کئی ایک مثالوں میں جن میں دروں گردش بھی موجود تھی خصیہ اجتماعات کا بزل کرتے وقت ریزل سے چھد چکا ہے۔ اصلی غدہ کی بافت ایک بہت کثیف غشا طبقہ ابیض (tunica

albuginea) سے محصور سے ہوتی ہے۔ بخلاف اس کے برنخ (epididymis) کی کوئی ایسی محکم لینی پوشش نہیں ہوتی۔ طبقہ ابیض کی مضبوطی سے اس شدید درد کی بہت کچھ توجیہ ہوتی ہے جو اصلی خصیہ کے عوارض میں محسوس ہوتا ہے، اور جب اکیلا برنخ (epididymis) جو اتنی مضبوطی سے محصور نہیں ہوتا ماؤف ہوتا ہے تو درد اس درجہ تک نہیں پہنچتا۔ مزید برآں یہ بھی سمجھ میں آگیا ہوگا کہ برنخ کے التهاب

صفت میں جلد ہی بہت سا ورم نمودار ہو جاتا ہے مگر غدہ مذکور کے جسم کے اسی قسم کے عوارض میں ورم نسبتاً آہستہ ظاہر ہوتا ہے۔
 صفت کے عروق لمف غدہ اربی کو جاتے ہیں، اور خصیہ کے غدہ قطنی کو۔
 خصیہ کے جمیٹ مرض میں ثانوی مطروحات کے پائے جانے کی توقع شکم کی گہرائی میں اور طہ کے اطراف پر ہوتی ہے۔ صفت دسویں ٹھری فقرہ کے سامنے نمودار ہوتا ہے۔ اور اس کی عصبی رسد دسویں ٹھری قطعہ سے وصول ہوتی ہے۔ اس کے اعصاب

536



شکل ۱۱۹۔ بالغ کی بائیں منوی جبل کی تراش خارجی شکی حلقہ کے
 بیول پر جیسی کہ یہ اوپر سے دکھائی دیتی ہے۔

چھوٹے احتشائی اعصاب (small splanchnics) اور شمسی (solar) اور ادرلی (aortic) ضفیروں میں سے گذر کر منوی شریان (spermatic artery) پر آتے ہیں، اور اسی گیت یہ اس غدہ تک پہنچتے ہیں۔ بزنخ (epididymis) کی عصبی رسد حوضی ضفیروں سے قنات ناقطہ (vas deferens) کے ساتھ آتی ہے۔

جل منوی (spermatic cord)۔ اس جل میں مندرجہ ذیل ساختیں

ہیں۔ (۱) قنات ناقظہ (vas deferens) ، (۲) معلقاتی عضلہ (cremaster muscle) ، (۳) منوی (spermatic) ، اور (۴) معلقاتی (cremasteric) شریانیں ، (۵) قنات ناقظہ کی شریان ، (۶) وریدوں کا مسلک غماضفیرہ (pampiniform plexus) ، (۷) تناسلی ساقی (genito-crural) عصب ، (۸) مشارکی عصبی رشتہ جات ، اور (۹) عروق لمفا۔

قنات ناقظہ (vas deferens or ductus deferens) جل کی موخر جانب

پر واقع ہوتی ہے (شکل ۱۱۹) ، اور یہ محکم اور ڈورے کی طرح کے احساس سے شناخت کی جاسکتی ہے جبکہ انگوٹھے اور انگلی کے درمیان اس کی چٹکی بھری جاتی ہے۔ برکٹ (Brikett) (Holmes's "System") نے قنات ناقظہ کے انشعاق کے تین واقعات کا ذکر کیا ہے جو دفعۃً بہت سا زور لگانے سے واقع ہوا تھا۔ قنات کے متعلق یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ ہر ایک واقعہ میں شکم کے اندر داخل حلقہ اور اس مقام کے درمیان جہاں یہ حالب کے نزدیک پہنچتی ہے کہیں پھٹی تھی۔ کلانی یافتہ غدہ قدامیہ میں ذبول پیدا کرنے کے لئے اس قنات کے کچھ حصہ کا استیصال جرنی کیا جاتا ہے ، لیکن کلیہاً ثابت نہیں ہوا۔

معلقاتی عضلہ (cremaster muscle) کی جسامت کا انحصار زیادہ تر اس وزن پر ہوتا ہے جو اسے معلق رکھنا پڑتا ہے۔ ذبول خصیہ میں یہ تقریباً تینا غائب ہو جاتا ہے اور بڑے بڑے سست بال سلعات میں یہ بہت بڑی جسامت اختیار کر لیتا ہے۔

شریانوں میں سے منوی (spermatic) ورط میں سے آتی ہے ، اور قنات ناقظہ کے سامنے واقع ہوتی ہے ، معلقاتی (cremasteric) عمیق بر معدی (deep epigastric) سے نکلتی ہے اور جل کی سطحی تہوں میں اس کے بیرونی قطع میں واقع ہوتی ہے ، اور ناقظی شریان (deferential artery) جو فوقانی یا تحتانی شانی سے نکلتی ہے قنات کی جانب پر واقع ہوتی ہے (شکل ۱۱۴)۔

منوی شریان خصیہ کے نزدیک پہنچ کر متعدد شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے جو برخ (epididymis) کی اندرونی طرف کو چلی جاتی ہیں، اور ان کو خصیہ کی دموی رسد میں غفل انداز ہونے کے بغیر علحدہ کیا جاسکتا ہے۔ جبل کی تینوں شاخیں علیحدہ (castration) میں کاٹ دی جاتی ہیں، اور ان کے باندھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

وریدیں سرسری طور پر دو گروہوں میں تقسیم کی گئی ہیں۔ ان میں سے مقدم بہت بڑا ہوتا ہے اور یہ منوی شریان کے ساتھ ساتھ جاتا ہے اور مسلک نما ضغیرہ (pampiniform plexus) اسی سے بنتا ہے۔ موخر گروہ چھوٹا ہوتا ہے، اور قنات کو گھیرے ہوتا ہے، اور ناقلی شریان (deferential artery) کے ساتھ ساتھ جاتا ہے۔ منوی اور مسلک نما ضغیروں کی وریدیں اکثر دوالی نما ہوتی ہیں، اور اس عارضہ کا نام قیلہ دوالیہ (varicocele) ہے۔ بہت سے ایسے تشریحی اسباب ہیں جن سے ان وریدوں کو یہ عارضہ لاحق ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ ان وریدوں کا محل وقوع نیچا ہے اور اصلی ورید کا طول معتدبہ، اور اس کا محور تقریباً انقباضی ہوتا ہے۔ یہ عروق قنات نظر شریان کے مقابلہ میں بہت برٹھے ہوتے ہیں۔ اس لئے خون کو پیچھے سے دھکیلنے کی قوت لازمی طور پر اقل رہ جاتی ہے۔ نیز یہ ایک ڈھیلی ڈھالی بافت میں واقع ہوتے ہیں اور ان کو وہ سہارا اور وہ مدد نہیں ملتی جو دوسری وریدوں (مثلاً جوارح کی وریدوں) کو عضلی انقباض سے ملتی ہے۔ مزید برآں یہ بہت سے تفہات کی وجہ سے بہت پیچیدہ ہوتی ہیں، اور ان میں چند نامکمل مصراعات ہوتے ہیں۔ ان کا جو حصہ قتال اربی میں سے گذرتا ہے دباؤ کے لئے مہرا ہوتا ہے۔ بائیں طرف کی وریدیں دائیں طرف کی وریدوں کی نسبت زیادہ کثرت سے متاثر ہوتی ہیں۔ مسٹر سمنسٹر (Mr. Spencer) نے یہ ثابت کیا ہے کہ بائیں جبل کی وریدیں دائیں جبل کی وریدوں کی نسبت ہمیشہ بہت بڑی ہوتی ہیں۔ یہاں اس امر کی طرف بھی اشارہ کر دینا موزوں ہوگا کہ بایاں خصیہ دائیں کی نسبت زیادہ نیچے لٹکا ہوتا ہے۔ اور بائیں منوی ورید بائیں کلوی ورید میں زاویہ قائمہ پر داخل ہوتی ہے۔ اور دائیں منوی شریان ورید باؤٹ (vena cava) میں ترجیحی داخل ہوتی ہے۔ نیز بائیں ورید لگمانا (sigmoid) قولون کے

نیچے سے گذرتی ہے، اور اس لئے یہ اس رودہ کے مشمولات کے دباؤ کے معرض اثر میں رہتی ہے۔

زمانہ تناسلی اعضا (female generative organs) کا اس کتاب میں تفصیل سے ذکر کرنے کی ضرورت نہیں۔ شفرتین بکیر (labia majora) کے امراضیاتی رجحانات وہی ہیں جو صفن کے ہیں، اور جس کے یہ درحقیقت قناظر ہیں۔ ان میں بخون کی بڑی بڑی وعادریاں واقع ہو سکتی ہیں۔ اور تہتج کی حالت میں یہ بہت متورم ہو جاتے ہیں۔ اور جب ان میں حاد التهاب واقع ہوتا ہے تو ان میں اغٹات کے نمودار ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ اور عورتوں کے داغ الفیل کا عام محل بھی ہیں بعض اوقات کسی ایک شفرہ میں فتق واقع ہو جاتا ہے (جیائی فتق: pudental hernia)۔ تاچہ کی گردن ہسبل اور عانی فرع کے درمیان ہوتی ہے۔ ایسے فتوق کے مشمولات میں سے اکثر بیض بھی ایک ہوتا ہے۔

”شفرہ صغیر کی بروں گردانی اور پردہ بکارت کو اندر کی طرف دبانے سے فرج پر کسی قدر پیچھے کی طرف کو ایک چھوٹا سا سرخ نشیب عام طور پر دکھائی دیتا ہے۔ یہ اس سوراخ میں کھلتا ہے جو بارتھولینی غدہ (Bartholin gland) کے لئے ہوتا ہے“ (ڈورین: Doran)۔ یہ بیضوی جسم کا غدہ جس کا طول تقریباً پانچ ہوتا ہے سوراخ ہسبل کے موخر حصہ کے بالمقابل سطحی عجائی اردا کے نیچے واقع ہوتا ہے، اور عا صرہ ہسبل (sphincter vaginae) کے ریشٹول سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ ۳۰ سال کی عمر تک یہ مدبول ہو جاتا ہے، اور یہ مردوں کے غدہ کوپہ (Cowper) کا تناظر ہوتا ہے (نکل ۱۱ صفحہ 524)۔ ان دونوں غدوں میں مزمن سوزاکی التهاب کے واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ اس غدہ کا خراج اور اس کی قنات کا دویری اتساع قلیل الوقوع ہیں۔

539

ہسبل مثانہ اور معائے متقیم کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اس کی موخر سطح بالائی ایک چوتھائی حصہ باریطون سے پوشیدہ ہوتا ہے، اور اس لئے یہ کہف شکم سے تعلق رکھتا ہے۔ چنانچہ مثانہ، معائے متقیم یا معائے صغیر ہسبل کی دیوار کے کچھ حصہ کے دب جانے سے بعض اوقات اس میں برور کرتے ہیں، اور اس طرح ایک ہسلی قیلہ مثا

یا قیلہ مستقیمہ یا قیلہ معویہ پیدا ہو جاتا ہے۔

ہہل کی مقدم دیوار ۲ انچ سے ذرا زائد ہوتی ہے، اور موخر دیوار تقریباً ۳ انچ ہوتی ہے۔ اس قنال کا طویل محو افق سے ۶۰ درجہ کا زاویہ بناتا ہے، اور اس لئے حوض کی گگر کے یہ تقریباً متوالی ہوتا ہے۔ رباط عویض کے قاعدہ پر کی ڈھیلی ڈھالی فضائی بافت ہہل کے بالائی سرے کے دونوں طرف واقع ہوتی ہے۔ غالب ثنائی ہہل کی چھت کے بالائی حصہ پر ختم ہوتا ہے۔ (جو ساختیں زنانہ حوض کے مشمولات کو سہارا دینے سے تعلق رکھتی ہیں ان کے لئے دیکھو صفحہ 505)۔

کہنہ شکم بعض اوقات ہہل میں زخم آنے سے کھل جاتا ہے۔ اس قسم کی چوٹوں میں بعض اوقات کئی فٹ معارفج میں سے بروز کر آئی ہے۔

ہہل کو جو دیواریں شانہ اور معائے مستقیم سے ملحدہ کرتی ہیں، ان کے مقابلہ پتلا ہونے کی وجہ سے مثانی ہہلی اور مستقیم ہہلی نامی سوراخ کثیر الوقوع ہیں۔ ہہل بہت کثیر العروق ہوتی ہے۔ اور اس کے زخموں سے ہہلک نرف واقع ہو چکا ہے۔ نیز یہ بہت اتساع پذیر بھی ہوتی ہے، اور یہ امر اس وقت ثابت کیا جاسکتا ہے جبکہ رحم سے واقع شدہ نرف کو بند کرنے کے لئے اس میں ڈاٹ لگائی جائے۔

رحم کا وزن تقریباً ۱ اونس ہوتا ہے۔ کہنہ رحم اور قنال عنق دونوں کی پائش تقریباً ۲ ۱/۲ انچ ہوتی ہے۔ جب رحمی مجسہ (uterine sound) گزارا جا رہا ہو تو اس امر کا ضرور خیال رکھنا چاہئے۔ رحم کے عروق خون اس کے طول سے مستعرض رخ پر گزرتے ہیں، اس لئے اس عضو کے گرد بندش لگائی جاسکتی ہے، اور اس کا دوران خون بندش سے اوپر یا نیچے متاثر نہیں ہوتا۔

رحمی ثربیان داخلہ صرقفی (internal iliac) سے حوض کی گگر سے

۱ انچ نیچے نکلتی ہے۔ اور رباط عویض میں سے گذر کر عنق الرحم کو چلی جاتی ہے۔ یہ ۲ ۱/۲ انچ لمبی ہوتی ہے۔ اور اپنے ممر کے وسط پر غالب کے اوپر چنبر کی شکل بناتی ہے۔ رباط عویض پر غلوپی نلی (جو پیچھے کی طرف کو ہوتی ہے) اور رباط مستدیر (جو آگے کی طرف کو ہوتا ہے) کے درمیان شکاف دینے سے اس تک رسائی کی جاسکتی ہے۔ یہ اس زخم کے نیچے

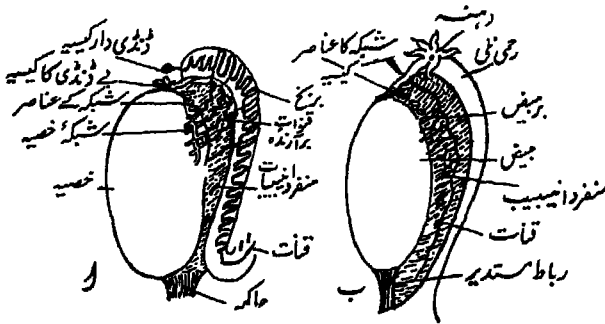
ڈیسیل ڈھالی فضائی بافت میں پائی جاتی ہے۔
 قعر رحم اور ضمیمہ جات سے جو عروق لمف آتے ہیں وہ قطنی غدود کو جاتے ہیں۔
 نیز ان میں سے چند رباط مستدیر کے ساتھ ساتھ اربی غدود کو چلے جاتے ہیں۔ عنق کے
 (جس میں کہ سرطان اکثر واقع ہوتا ہے) عروق لمف اندرونی حرقنی غدود کو جاتے ہیں
 جو حوض کی جانبی دیوار پر واقع ہوتے ہیں۔

غیر حامل رحم شاذ و نادر ہی زخمی ہوتا ہے، اور اس کی مامونیت کا انحصار
 اس کی دیواروں کے کثیف اور اس کی جسامت کے چھوٹے ہونے اور نیز اس کے
 بہت حرکت پذیر اور عظمی حوض میں واقع ہونے پر ہوتا ہے۔

بیض اس طرح واقع ہوتا ہے کہ فلوئی نلی کا بیرونی حصہ اس کے باہر کی طرف
 سے نیچے کی طرف کو مڑ جاتا ہے۔ بیض کا عام محل قطع جسم پر اس خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے
 جو مشترک اور خارجی حرقنی شریانوں کا مر معلوم کرنے کے لئے کھینچا جاتا ہے۔ اور
 یہ خط اور بک کی دو شاخگی سے لیکر فخذی نقطہ تک کھینچا جاتا ہے (شکل ۸۹ صفحہ 398)۔
 بیض اس خط کے نقطہ وسطی کے اندر کی طرف (شکل ۱۱۲ صفحہ 490) خارجی اور داخلی
 حرقنی شریانوں کے درمیانی زاویہ کے قریب واقع ہوتا ہے۔ سہل میں سے اس کا جس
 وضاحت سے نہیں کیا جاسکتا۔ اس کے اعصاب جل کے دسویں ٹھری قطعہ سے
 آتے ہیں۔ اور عنق کے حسی اعصاب زیرین عجزی قطعات سے آتے ہیں۔ بیض کے
 عروق قطنی غدود کو جاتے ہیں جو اور بک کے زیرین حصہ اور وریک (vena cava)
 کی جانب پر بس باریطونی بافت میں واقع ہوتے ہیں۔

بیض پستانوں پر بہت نمایاں پر وشی اثر ڈالتے ہیں پستان کی بیش پرورش
 کا انحصار جو بلوغ پر اور دوران حمل میں واقع ہوتی ہے بیض کے ایک اندرونی افراز پر
 ہوتا ہے (سٹارلنگ: Starling)۔ ان کے علمدہ کر دینے سے پہلے یہ امید کی جاتی تھی کہ
 پستان کا سرطان موقوف ہو جائے گا لیکن اس طریق کار سے زیادہ کامیابی نہیں ہوئی۔
 بیضی عروق حوض کی گگو پر باریطون کے ایک شکن میں واقع ہوتے ہیں جس کا
 نام بیضی یا قطنی حوضی رباط (ovario- or infundibulo-pelvic ligament) ہوتا ہے

کیونکہ یہ بیض اور فلویپی نلی کے قمع (infundibulum) دونوں سے چسپیدہ ہوتا ہے۔
بیض شگافی (ovariotomy) میں اس رباط سے ساقچہ کا بیرونی حصہ بنا ہوتا ہے۔
وہ مختلف آئناری ساختیں جو بیض سے متعلق ہیں۔ یعنی وہ ساختیں جن سے
تسع ہونے سے دیر سے بجاتے ہیں۔ شکل ۱۲۰ میں دکھائی گئی ہیں۔ ایسے آئناری حصے
ان ساختوں کے متناظر ہیں جو مرد میں مکمل طور پر نمو یافتہ ہو جاتی ہیں اور جن سے قناتوں کے
اس مکمل نظام کا جس کے ذریعہ سے منی خصیہ کے انبیبیات میں سے مجری بول تک پہنچتی
ہے کچھ حصہ بنتا ہے۔ چنانچہ قنات ناقذ کی قائم مقام ولفی قنات (Wolffian duct)



شکل ۱۲۰۔ ا۔ ان آئناری ساختوں کی تصویر جو خصیہ سے تعلق رکھتی
ہیں۔ ان میں گاہے گاہے دیر سے بجاتے ہیں۔ ب۔ بیض سے متعلقہ
آئناری حصوں کی متناظر تصویر۔

ہوتی ہے جو رباط عریض کی تہوں کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ ولفی انیبیہ (Wolffian
tubules) جو بیض کے نافیچے کی طرف جاتے ہیں مرد کے قنات برآرندہ (vasa
efferentia) کے متناظر ہوتے ہیں۔ شبکہ خصیہ (rete testis) کے، جو خصیہ کے
منصف پر واقع ہوتا ہے اور جس کے ذریعہ سے منی حامل منی انیبیہ (seminiferous
tubules) سے قنات برآرندہ (vasa efferentia) تک جاتی ہے، قائم مقام

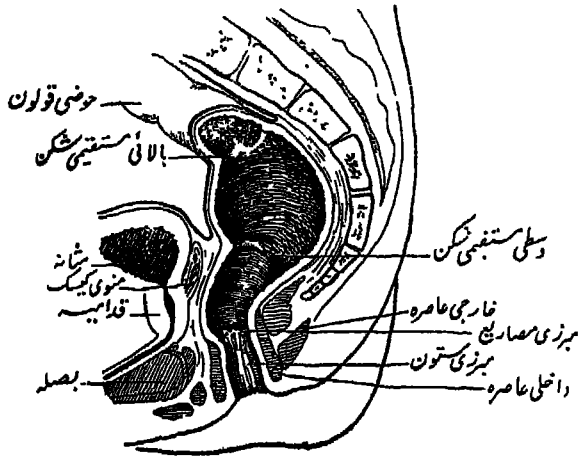
وہ منفرد ساختی عناصر ہوتے ہیں جو بیض کے ناپہ پراور نلی کی بیضی جھار کے ساتھ ساتھ پائے جاتے ہیں۔ ان عناصر میں سے دو برآرندہ قناتیں اور شبکی گذرگاہیں بطور آزاد ساختوں کے نوپاتی ہیں۔ اور قناتی نظام کے قرب وجوار کے حصوں کے ساتھ نوکے کسی آئندہ درجہ میں متحد ہو جاتی ہیں۔ عورت میں ان ساختی عناصر کی ایک کثیر تعداد انیسیبات کے منفرد مبادی کی شکل میں برقرار رہتی ہے اور مرد میں صرف چند ہی باقی رہتے ہیں، چنانچہ ان میں بعض اوقات دویرے پیدا ہو جاتے ہیں۔

معائے مستقیم (rectum) تیسرے عجزی فقرہ کے سامنے سے شروع ہوتی ہے، اور اس کا طول تقریباً ۵ انچ ہوتا ہے (شکل ۱۲۱)۔ حوضی مستیقی (pelvi-rectal) بچاؤ پر یہ حوضی قولون سے جو باریطون سے محصور ہوتی ہے اور جس کو ماساریقا سہارا دیتی ہے مسلسل ہوتی ہے۔ مصلی غشا معائے مستقیم کی موخر سطح کو بتدریج چھوڑ دیتی ہے اور اس کے بعد یہ اطراف سے اور آخر میں اس کی مقدم سطح سے دور ہٹ جاتی ہے۔ مرد میں باریطون مقدم جانب پر مستیقی مثانی جیب کی شکل میں مبرز سے ۳ انچ سے کم فاصلہ تک چلا جاتا ہے۔ اور اس کی موخر جانب پر مبرز سے ۵ انچ اور تک باریطون نہیں ہوتا۔ اس لئے معائے مستقیم کے استئصال (excision) میں کہفہ باریطون کو کھولے بغیر اس نلی کی موخر سطح سے مقدم سطح کی نسبت اس کا زیادہ حصہ دور کیا جاسکتا ہے۔ یہ بھی معلوم ہو جائے گا کہ نہطانی اور دوسرے پھیلنے والے قروح کا رجحان کہفہ باریطون پر حملہ آور ہونے کی طرف زیادہ ہوتا ہے جبکہ یہ اس کے مقدم حصہ پر واقع ہوں۔

معائے مستقیم کا سب سے نیچے کا حصہ بطور قنال مبرز (anal canal) تیز کیا جاتا ہے۔ یہ اندرونی عاصرو سے گھرا ہوتا ہے۔ یہ ایک غیر اختیاری مضامی ہے جو دائری طبقہ سے مسلسل ہوتا ہے۔ آرام کی حالت میں قنال مبرز جس کا رخ نیچے کی اور پھیلی طرف کو ہوتا ہے ۱۱ انچ لمبی ہوتی ہے، لیکن دوران تبرز میں اور بیض کے کانکھنے کے وقت یہ اتلی حلقہ نما شکل اختیار کر لیتی ہے۔ یہ قنال رافع مبرز (levator ani) اور عجانی جسم سے مضبوطی سے مثبت ہوتی ہے، اس لئے سقوط (prolapse)

میں مبرز کے اوپر کی معائے مستقیم ہی ہوتی ہے جو اس میں سے باہر نکلتی ہے۔ رافع مبرز کی موخر کور سے ایک آزاد کنارہ بنتا ہے جو واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ معائے مستقیم کو مبرز سے ۱۲ انچ کے فاصلہ پر تقریباً راولیہ قائمہ پر عبور کرتا ہے۔

معائے مستقیم میں اٹھکی داخل کرنے سے غدہ قدامیہ اور منوی کی ایک باسانی محسوس کئے جاسکتے ہیں اور ان کا امتحان بھی کیا جاسکتا ہے۔ نیز مثانہ کی مثلثی سطح



شکل ۱۲۱۔ وسطانی تراش پر معائے مستقیم اور قنال مبرز کے مدارج۔
(پروفیسر ای۔ ایم۔ پٹرسن: A. M. Paterson)۔

کا استقصاء کیا جاسکتا ہے جس میں سے براستہ معائے مستقیم کچھ کا لگا جاسکتا ہے (صفحہ 518)۔ غدہ قدامیہ کلائی یافتہ ہونے پر بعض اوقات معائے مستقیم کے کہنے میں مداخلت کرتا ہے اور اس کے درونہ کو بہت تنگ کر دیتا ہے (شکل ۱۱۷)۔ معائے مستقیم کے لحاظ سے منوی کیسکوں کا محل ایسا ہے کہ دورانِ اجابت میں شدت سے کانچتے وقت

ان پر معائے مستقیم کے مشمولات کا دباؤ پڑتا ہے، اس لئے ان کا کچھ حصہ خالی ہو جاتا ہے، اور ایک قسم کا جریان منی (spermatorrhoea) پیدا ہو جاتا ہے۔ غدہ قدامیہ اور اس کے ہم پہلو حصوں کے الٹہابی عوارض میں تبرز سے اکثر بہت درد پیدا ہو جاتا ہے۔

544

عورت میں معائے مستقیم کی مقدم سطح کا وہ حصہ جہاں تک انگلی پہنچ سکتی ہے مہل سے تعلق رکھتا ہے۔ اور معائے مستقیم کے زیرین حصہ کا امتحان کرتے وقت تناسلی گذرگاہ میں انگلی ڈالکر، اس کی غشاؤں کی غلطی کا مہر میں سے برور کر لینا مناسب ہوتا ہے۔

فعلی اور شکلیاتی لحاظ سے معائے مستقیم دو حصوں میں منقسم ہوتی ہے۔ ایک بالائی جو باریطون اور مستقیمي مثانی جیب سے تعلق رکھتا ہے اور اتساع پذیر ہوتا ہے، اور تبرز سے پیشتر براز سے پُر ہوتا ہے۔ ایک زیرین جو باریطون سے پرے واقع ہوتا ہے، اور براز کے لئے صرف گذرگاہ کا کام دیتا ہے جو اس میں جمع نہیں ہوتا (وڈ جونز: Wood Jones)۔ بے جانی مثانہ (ectopia vesicae) کے علاج کے لئے جو عملیات کئے جاتے ہیں جن میں کہ حاملین معرثانہ سے نکال کر معائے مستقیم میں نصب کر دئے جاتے ہیں، ان میں اس حالت سے استفادہ کیا جاتا ہے۔ معائے مستقیم کے بالائی حصہ کا تمدد پُری کا احساس پیدا کرتا ہے، اور تبرز کی اختیاری اور غیر اختیاری کوششوں کے سلسلہ کی ابتدا کرتا ہے۔

براز بعض اوقات معائے مستقیم میں منغوز ہو جاتا ہے۔ مزید برآں عجیب قسم کے اجسام بھی اس میں اکثر بیجا طور پر رکھے ہوئے ملتے ہیں۔ ان میں سے بیل کے سینک دیا سلائی کی لہبے کی ڈبیا، اور شیشہ کے آنچورہ کا ذکر کیا جاسکتا ہے۔ معائے مستقیم اور قولون کی ضد حرکت دودی حرکات سے اس قسم کے اجسام بعض اوقات محور کی طرف چلے جاتے ہیں۔

تجربہ سے ثابت ہوا ہے کہ جب مرد میں معائے مستقیم متمدد ہوتی ہے تو باریطون مستقیمي مثانی شکل اوپر اٹھ جاتا ہے۔ اور مثانہ مرتفع ہو کر آگے کی طرف کود جاتا ہے۔

عورت میں فحرم مرتفع ہو کر ارتفاق حانہ کی طرف دب جاتا ہے۔ فوق عانی حصہ شگافی (suprapubic lithotomy) میں بعض اوقات معائے مستقیم مصنوعی طور پر متمدن کی جاتی ہے تاکہ مشابہت وضع اختیار کر لے (صفحہ 515)۔

معائے مستقیم کی اندر کی طرف کا اور قولون کے نیچے کے ۱۸ انچ کا استقصاء سنگمانا بینی (sigmoidoscopy) سے کیا جاسکتا ہے۔ اگر یہ اوزار اس طرح گزارا جائے کہ ہوا کی ایک گدی اس کے سامنے رہے اور اسے صرف درد کے ساتھ ساتھ ہی جوں جوں یہ اس ہوا سے کھلتا ہوا دکھائی دیتا جائے جو پیپ سے اندر داخل کی جاتی ہے، لے جایا جائے تو اسے بلا ضرر اور اکثر درد کے احساس کے بغیر داخل کیا جاسکتا ہے۔ اگر جراح حوضی قولون کے طبعی انحنائوں کو ذہن نشین رکھے تو اس کے دخول میں آسانی ہوتی ہے۔ گاہے گاہے ان مریضوں میں جن میں سنگمانا قولون کی ماساریٹا (mesosigmoid) بہت چھوٹی ہوتی ہے اس اوزار کو حوض کی کمر پر سے گزارنے میں کچھ دقت پیش آتی ہے۔ لیکن اگر احتیاط کی جائے اور مریض کے عضلات مکمل طور پر ڈھیٹے ہوں تو اس رکاوٹ کو باسانی دور کیا جاسکتا ہے۔ اس اوزار سے غشاء مخاطی کی رنگت (جو زردی مائل سرخ ہونی چاہئے) اور اس کی ہمواری دیکھی جاسکتی ہے اور کھلتی ہوئی غشاء مخاطی کے ”گلچہ“ (rosette) کی کشادگی کے طریقہ کا ملاحظہ کیا جاسکتا ہے۔ بوہر تضیقات (strictures)، اور سلعات کی سی غیر طبعی حالتوں کی شناخت بھی کی جاسکتی ہے۔ معائے مستقیم کی چسپید گیاں جو اس کے غلاف کے ذریعہ سے حوضی ردائے ساتھ ہوتی ہیں بہت محکم نہیں ہوتیں۔ گرد عرقی غلاف سے پیدا شدہ لیفی اطالیں وسطی باسوری (middle hæmorrhoidal) عروق کے ساتھ ساتھ جاتی ہیں۔ اور جو لیفی بند عجز سے آتے ہیں وہ بھی اس کے غلاف سے مل جاتے ہیں، اور استیصال کے عمل میں ان کو کاٹنا پڑتا ہے۔ اس کی چسپیدگی کا ڈھیلا پن بعض واقعات میں ظاہر ہوتا ہے جن میں روده مز میں سے بروز کر آتا ہے۔ مزید برآں معائے مستقیم کے استیصال میں اس حرکت پذیری سے استفادہ کیا جاتا ہے۔

اس کی غشاء مخاطی موٹی اور عروق دار ہوتی ہے، مگر نیچے کے عضلی طبقہ

ڈھیلی چسپیدہ ہوتی ہے۔ یہ ڈھیلہ پن جو بچوں میں زیادہ نمایاں ہوتا ہے (prolapse) کی مساعدت کرتا ہے، جو ایک مرض ہے جس میں معائے مستقیم کے زیرین حصہ کی خوشحالی میہرز سے بروز کرتی ہے۔ معائے مستقیم اور حوضی قولون کے مقام اتصال پر ایک ٹری شکل یا مصراع ہوتا ہے، اور یہاں کا عضلی نظام اکثر مضیق ہوتا ہے، اور وظیفی طور پر عامہ کی طرح فعل کرتا ہے (شکل ۱۲۱)۔ غدہ قدامیہ کے قاعدہ سے اوپر (شکل ۱۲۱) معائے مستقیم کی مقدم دیوار اوپر اور نیچے کے حصوں کے مقام اتصال پر رورہ کے درونہ میں ششک دار ہوتی ہے جس سے ایک مستعرض ششک (transverse fold) بنتا ہے۔ اس کو اکثر ہوسٹن (Houston) کے نام سے منسوب کیا جاتا ہے جس نے اس کا ذکر کیا تھا۔ مستقیم ششک یا مصراع رلیج خاص کر جبکہ رورہ خالی ہو بوجی (bougie) یا جتنہ کی لمبی نی کی داخل ہونے میں رکاوٹ پیش کرتے ہیں، لہذا ان کا مصل ذہن نشین رکھنا چاہئے۔

546

اس کے عروق میں اور خاص کر اس کے زیرین حصہ کی وریدوں میں دوالی نما اور توسع ہو جانے کی طرف رجحان ہوتا ہے جس سے باسور بن جاتے ہیں۔ بواسیر کے رجحان کی کس قدر توجیہ معائے مستقیم کے محل کے نیچا ہونے اور واپس جانے والی وریدوں پر سخت براز کے دباؤ کا اثر پڑنے اور نیز اس امر سے ہوتی ہے کہ وریدی خون کا کچھ حصہ نظامی نظام (systemic system) (داخلی حرقنی ورید) کے راستہ سے اور کچھ حصہ باہی نظام (portal system) (تحتانی ماساریقی ورید) کے راستہ سے واپس ہوتا ہے۔ معائے مستقیم باہی تنے (portal trunk) کے اس تعلق کی وجہ سے جو زیادہ وسیع نہیں ہوتا بعض اوقات امتلا کی بہت سی قسموں میں جو اس ورید میں واقع ہوتی ہیں حصہ لیتی ہے۔ معائے مستقیم کی وریدی شدید تنفسی کوششوں سے بھی متاثر ہوتی ہیں۔ معائے مستقیم کے زیرین حصہ یعنی بروں باریطونی حصہ میں جس کا طول ۳ تا ۴ انچ ہوتا ہے عروق کی ترتیب عجیب ہوتی ہے۔ اور یہ اس قسم کی ہوتی ہے کہ اس سے دوالیت (varicosity) کی تائید ہوتی ہے۔ ثریا میں "عضلی طبقات میں سے مختلف لیولوں پر گزرنے کے بعد اس قطعہ میں طولی رخ اختیار کر لیتی ہیں اور

متوازی خطوط میں زیر مخاطی طبقہ کے اندر رودہ کی کوڑھ تک چلی جاتی ہیں۔ نیچے کی طرف کو جاتی ہوئی یہ ایک دوسری سے تھوڑے تھوڑے فاصلہ پر ربط پیدا کر لیتی ہیں، اور سوراخ مبرز کے نزدیک یہ ایک دوسری سے آزادانہ تعلق رکھتی ہیں۔ اور یہاں یہ تمام شریانیں متحدہ بہ جسامت کی مستعرض شاخوں کے ذریعہ سے آپس میں ملی ہوئی ہیں (Quain: superior hæmorrhoidal) شریانیں قتال مبرز کی زیر مخاطی بافت میں ختم ہوتی ہیں۔ اور ان سے عرقی کا لم بنتے ہیں جو مبرز تک چلے جاتے ہیں۔ وریدوں سے ایک ضغیرہ لمیار ہوتا ہے جس کی ترتیب بعینہ اسی ہوتی ہے۔ قتال مبرز کی غٹائے مخاطی کے نیچے کی وریدیں معائے مستقیم کے عضلی طبقہ کو قتال مبرز سے تقرباً ایک انچ اوپر منتقل کرتی ہیں۔ مقام اشقاب پر ان کے مضبوط ہوجانے کا احتمال ہوتا ہے۔

معائے مستقیم کے عروق لمف عضلی طبقہ کو منتقل کرنے کے بعد اس کے غلاف میں اوپر تک چلے جاتے ہیں جہاں اس کی موخر جانب پر ایک یا دو غدود ہوتے ہیں۔ یہ عروق لمف حوضی قولون کی ماساریقائیں قولون کے بروں آر عروق سے مل جاتے ہیں۔ مزید براں یہ لمفی غدود کے حرقفی گروہ کی طرف بھی جاتے ہیں جو حوض کی جانبی دیوار پر ہوتا ہے، اور قطنی غدود کی طرف بھی جاتے ہیں۔ لہذا معائے مستقیم کے زیرین حصہ کے سرطان میں یہ غدود اور ان کی طرف آنے والے عروق ثانوی سرانٹوں کا سب سے ابتدائی محل ہوتے ہیں۔ حوضی قولون کے عروق لمف ان غدود میں جاتے ہیں جو عجز کے سامنے واقع ہوتے ہیں اور یہ ان دوسرے غدود سے بھی مل جاتے ہیں جو معائے مستقیم کی ماساریقائیں پائے جاتے ہیں۔

معائے مستقیم کو حسی اور حرکی اعصاب سے جو دوسرے تیسرے اور چوتھے عجزی قطععات سے ان کے تناظر اعصاب میں سے آتے ہیں رسد پہنچتی ہے۔ حرکی اعصاب نیچے کے دو ٹہری اور بالائی قطنی قطععات سے بھی آتے ہیں۔ یہ معائے مستقیم تک زیر معدی (hypogastric) اور حوضی (pelvic) ضغیروں میں سے ہو کر آتے ہیں تیز کے معکوس فعل کا انحصار نہ صرف ان اعصاب کے علی مالہ ہونے پر ہی

بلکہ تبرزی مرکز کی وطنی فعالیت پر بھی ہے جو جل شلوکی کے قطعی حصہ میں ہوتا ہے۔

معائے مستقیم کا استیصال (resection of the rectum) مکمل یا جزوی، عجانی یا شکی عجانی راستہ سے کیا جاسکتا ہے۔ بعض حالتوں میں حوضی قولون کا نیچے کا سرا نیچے لاکر رودہ سے مستاصل حصہ کے نیچے ٹانگے لگا کر سی دیا جاتا ہے۔ لیکن آج کل زیادہ تر ایک مستقل لفافنی حوضی لونی تفتہ (ileo-pelvic colostomy)

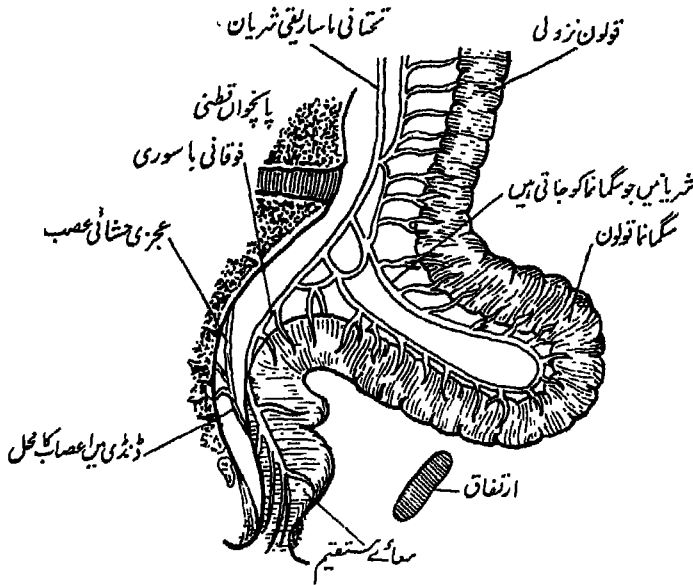
سرا انجام دیا جاتا ہے اور متحد کرنے کی کوشش نہیں کی جاتی۔ اگرچہ شکمی عجانی عملیہ سے بہتر رسائی ہو سکتی ہے اور متعلقہ لمفی غدو اور حامل لفافنیں زیادہ مکمل طور پر دور کی جاتی ہیں مگر اس عملیہ کے جلد بعد کی شرح اموات عجانی عملیہ کی نسبت زیادہ ہے۔ اس لئے بہت سے جراح موخر الذکر عملیہ کو ان بالیدوں کے لئے ترجیح دیتے ہیں جو معائے مستقیم میں انگلی داخل کرنے سے چھوٹی جاسکتی ہوں۔ رودہ کے مرض زدہ حصہ کو عجانی زخم میں سے علیحدہ کرنے میں معائے مستقیم کے سامنے کی باریطونی تہ انبان کو ابتدا ہی میں عمداً کھول دینے سے زیادہ آسانی ہو جاتی ہے۔ شکمی عجانی عملیہ ان بالیدوں کے لئے مناسب ہے جو معائے مستقیم کے سب سے اوپر کے حصہ میں ہوں۔ عجانی عملیہ میں عصص کو دور کر دینے سے رسائی زیادہ آسان ہو جاتی ہے۔ عملیہ کراسک (Kraske's operation) کی سرانجام دہی جس میں چوتھے اور پانچویں عجری فقرات کے بائیں نصف حصہ دور کر دیے جاتے ہیں شاذ و نادر ہی ضروری ہوتی ہے۔ اگر یہ عملیہ کیا جائے تو تیسرے عجری عصب کو محفوظ رکھنے کے لئے خاص احتیاط کی جاتی ہے۔ ان عملیہ جات کی تفصیل کے لئے طالب علم کو عملی علم الجراحات کی کتابوں کے مطالعہ کرنے کا مشورہ دینا چاہئے۔

548

جیسا کہ شکل ۱۲۲ سے ظاہر ہے معائے مستقیم کو دور کرتے وقت حوضی قولون کی خونی رسد کو ضرر پہنچنے کا خطرہ ہوتا ہے۔ اگر فوقانی بواسیری (superior hæmorrhoidal) شریان کو حوضی قولون کی ماساریقا کے قاعدہ پر باندھ دیا جائے تو ان شریانوں کے بندش میں شامل ہو جانے کا بہت احتمال ہوتا ہے جو بعدی حصہ کو جاتی ہیں (جے۔ ڈبلیو۔ سٹیتھ: J. W. Smith)۔

مہرز (anus)۔ مہرز کے گرد کی جلد میں کثیر التعداد شکن پائے جاتے ہیں اور

ان میں مبرز کا قرحہ یا انشقاق واقع ہو جاتا ہے۔ قنال مبرز میں معائے مستقیم کے زیرین حصہ کی غشائے مخاطی میں انتہائی شکن پائے جاتے ہیں۔ مارگینی کے کالم (columns of Morgagni)۔ جب اس قنال کو تسخ کیا جاتا ہے تو یہ غائب ہو جاتے ہیں۔ اور پرانہ سالی میں یہ کم واضح ہوتے ہیں۔ جیسا کہ شکل ۱۱۵ اور ۱۲۱ میں ظاہر کیا گیا ہے یہ مستون چھوٹے چھوٹے مستقرس شکنوں یا مصرعوں کے حلقہ پر ختم ہو جاتے



نسل ۱۲۲۔ حوضی قنول اور معائے مستقیم کی شریانی رسد کی ارتقاقی توضیح۔
(وینگٹ ٹوڈ: Wingate Todd)۔

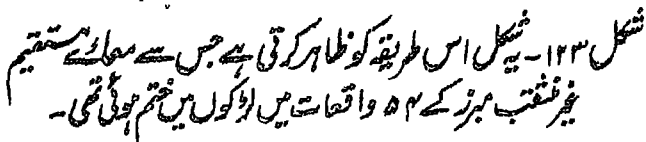
ہیں۔ شکن یا مصاریع مبرز یا مصاریع (anal valves) کہلاتے ہیں۔ اور داخلی عاصہ کے زیرین کنارے کے مقابل واقع ہوتے ہیں۔ جب مبرز بند ہوتی ہے تو اس کی غشائے مخاطی میں بھی جو اس کا استر ہوتی ہے اور مطبق سرحد سے پوشیدہ ہوتی ہے

شکل پیدا ہو جاتے ہیں جو اوپر کی طرف کو مبرزی مصاریع تک چلے جاتے ہیں۔ مبرزی مصاریع بر معائے مستقیم کے زیر ترین حصہ یعنی قنال مبرز کا ستونی مرحلہ مبرز کی غشائے مخاطی کے تطبیق مرحلہ سے مل جاتا ہے۔ یہ مصاریع اس مقام کو ظاہر کرتے ہیں جہاں دوران نمو میں معائے مستقیم کا آخری حصہ مبرز اولی کے نشیب میں کھلتا تھا۔

جب قنال مبرز بند ہوتی ہے تو کالم اور مصاریع مل جاتے ہیں، اور مہمہ مبرز کی ذی استطاعت بنادیتے ہیں۔ یہ مصاریع بعض اوقات مسدود کے گزرنے سے دریدہ ہو جاتے ہیں اور اس طرح جو دریدگی پیدا ہو جاتی ہے اس سے مبرز کا انشقاق (fissure) پیدا ہو جاتا ہے (بال: Ball)۔ ان قروح کا انتہائی درد ان کے قاعدہ پر عصبی ریشوں کے معرا ہو جانے سے اور عضلہ عاصرہ کے مسلسل انقباض سے جس کو ان سے تحریک پہنچی ہے پیدا ہوتا ہے۔ حکمتہ المبرز (pruritis ani) کے ۹۰ فی صدی واقعات میں قنال مبرز کی موزر دیوار میں مبرزی مصاریع کے قریب ایک چھوٹا سا قرعہ ہوتا ہے (ایف۔ سی۔ ویلس: F. C. Wallis)۔ قرعہ کے قاعدہ کا استیصال کرنے سے جس سے عاصرہ کا تھوڑا سا حصہ کٹ جائے، یا مبرز کو زور سے شمع کرنے سے تاکہ قرعہ کا قاعدہ پھٹ جائے، اور خلل انداز عضلہ کا فعل کچھ عرصہ کے لئے مشغول ہو جائے اس کا علاج کیا جاسکتا ہے۔

غیر منقبت مبرز (imperforate anus) معائے مستقیم کا نہایت ہی کثیر الوقوع خلقی نقص ہے۔ یہ حالت ایقاف نمو کو ظاہر کرتی ہے۔ مبرز کا ٹکون ایک دھرا عمل ہے۔ پہلا عمل عجان سے ایک دروں بالید کی پیدائش کا ہے اور دوسرا امعاء سے ایک زیر بالید کی پیدائش کا۔ یہ دونوں اجزاء مبرز کی نشیب کے بالائی سرے پر مل جاتے ہیں اور ایک دوسرے سے ربط پیدا کر لیتے ہیں۔ غیر منقبت مبرز کے بہت سے واقعات میں براز کے آزادانہ اخراج کے لئے صرف ایک پتلے سے مبرز کی غشائے کاٹنے کی ہی ضرورت ہوتی ہے۔ مگر بعض واقعات میں یہ نقص بہت زیادہ ہوتا ہے۔ قنال مبرز موجود نہیں ہوتی۔ اور بعض اوقات معائے مستقیم تک بھی مکمل طور پر نابود ہوتی ہے۔ ایسی حالتوں میں معائے مستقیم کا لڑکوں میں مجری بول سے اور لڑکیوں میں فوجی درز سے

رہے اور اہل کمال کو قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔ یہ ربط کسی جنینی حالت کے برقرار رہنے سے ظہور پذیر ہوتا ہے۔ شکل ۱۲۳ میں ارتحاشی توضیح سے وہ طریقہ ظاہر کیا گیا ہے جس سے معائے مستقیم دارالجبائب کے غیر منقشب بزر کے ۵ نمونہ جات میں ختم ہوتی تھی۔ ان میں سے نصف سے زیادہ نمونہ جات میں۔ جو سب کے سب مردانہ تھے۔ معائے مستقیم عدہ قدما کے زیرین حصہ پر آکر ختم ہوتی تھی۔ لہذا کیوں کہ میں یہ پہل کے کسی مقام پر بھی ختم ہو سکتی ہے۔



551 یا فرجی درز میں کھل سکتی ہے۔ میز اووی کا انفرادی (proctodeal invagination) جو قابل میز کیلئے ہوتا ہے بعض اوقات ناقص النکون یا عیدیم الوجود ہوتا ہے لیکن ایک عاصرو ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔

See Keith Brit. Med. Journ., Dec. 1908. L

حوض اور عجان کے اعصاب

حوضی احتشاء کو حوضی ضغیرہ اور اعصاب مشار کی سے رسد پہنچتی ہے۔ اس رسد میں کم از کم آخری تین شوکی اعصاب یعنی دوسرے تیسرے اور چوتھے عجزی اعصاب بھی شامل ہو جاتے ہیں۔

یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ مثانہ، معائے مستقیم اور غدہ قدامیہ وغیرہ کے بعض عوارض میں عجان پر اور قضیب میں اور مرن پر اور ران میں درد محسوس ہوتا ہے۔ ان حصوں کو حیائی (pudic) اور صغیر نسائی (small sciatic) اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔ اور درد محسوس ہونے کی وجہ اس امر سے ہوتی ہے کہ ان اعضا کے حسی اعصاب جل شوکی کے ایک ہی اور ہم پہلو قطعات اور عصبی مراکز سے نکلے ہیں۔ معائے مستقیم کے اوپر کے حصہ میں بہت کم حس موجود ہوتی ہے جیسا کہ اوزاروں کے گزرنے اور امعاء کے اوپر کے حصہ میں جھینٹ اور دوسری بالیدوں سے نسبتاً کم درد پیدا ہونے اور سخت براز سے روده کے متہدد ہونے سے کم تکلیف محسوس ہونے سے ظاہر ہوتا ہے۔ اسی عدم حسیت کی وجہ سے غالباً ایسا ہوا ہے کہ مریضوں نے خود حقنہ کرتے وقت غلی معائے مستقیم میں سے کہنہ باریطون میں داخل کر لی ہے۔ بخلاف اس کے قزال مبرز نہایت حساس ہوتی ہے۔ طبعی طور پر جیسا کہ اوپر بیان کیا جا چکا ہے معائے مستقیم کی مزی وہ احساس پیدا کرتی ہے جس سے تبرز کا عمل شروع ہوتا ہے۔ اگر تردد یا تمدد کے ساتھ عضلی تشنج موجود ہو تو شدید درد پیدا ہوتا ہے جس کی تعیین بخوبی نہیں کی جاسکتی۔

552

مبرز اور مثانہ کی گردن کے باہمی تعلقات بہت قریبی ہوتے ہیں۔ مبرز کے درد خیز عوارض سے اکثر مثانہ کی تکلیفیں پیدا ہو جاتی ہیں، اور بواسیر کے علیہ کے بعد احتباس بول بہت عام ہوتا ہے۔ اس کے برعکس جو عوارض مثانہ کی گردن کو لاحق ہوتے ہیں ان میں اکثر تاسیر (tenesmus) اور بے چینی پائی جاتی ہے۔ ان حصوں کا تعلق جبل شوکی کے مشترک فعلی مراکز سے حوضی ضغیرہ کے ذریعہ سے قائم رہتا ہے، مگر زیادہ حد تک جو تھا عجزی عصب اس تعلق کو برقرار رکھتا ہے۔ یہ عصب مثانہ کو براہ راست

خاص شاخیں بھیجتا ہے۔ اور پھر مبرز کے عضلات (عاصرو اور رافعو) کو اور مبرز اور عصب کے درمیان کی جلد کو رسد پہنچانے کے لئے آگے بڑھ جاتا ہے۔

مجری بول کی غشائے مخاطی اور قضیب کے عضلات کو اور قضیب، خصیہ، عجان اور مبرز کی جلد کے زیادہ تر حصہ کو دوسرے تیسرے اور چوتھے مجری قطعات حیاتی (pudic) عصب کے ذریعہ سے رسد پہنچاتے ہیں۔ چنانچہ اب یہ سمجھ میں آجائے گا کہ اگر مجری بول میں خراش پیدا کی جائے تو اس سے قضیب کی استادگی کا امکان ہوتا ہے جیسا کہ سوزاک میں نوعوظ مولم (chordee) سے ظاہر ہوتا ہے، یا اس سے مبالغہ عضلات میں انقباض پیدا ہو جاتا ہے (جیسا کہ بعض اقسام کے تشنجی تغیرات میں پایا جاتا ہے)۔ کم عمر بچوں میں غلغلہ کے نیچے افراز کے جمع ہو جانے سے جو غلغلہ واقع ہوتا ہے وہ بعض اوقات اس عضو کی بہت سی خراش پذیری کا باعث ہوتا ہے۔ اور یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ عجان اور مبرز کے درخیز عوارض میں نوعوظ مستمر (priapism) بھی پایا جاسکتا ہے۔

صغیر نسائی (small sciatic) عصب کے ذریعہ سے تیسرے مجری قطعہ کے عجان میں تقسیم ہونے سے اس درد کے سرین اور ان کے تمام پچھلے حصہ پر محسوس ہونے کی توجیہ کی جاسکتی ہے جس کی شکایت عجانی خراج کے پیدا ہونے اور صفن کے درخیز عوارض کے دوران میں اکثر کی جاتی ہے۔ یہ عصب حدیبیہ ورکی (tuber ischii) کے عین سامنے سے گذرتا ہے اور سخت نشست کے استعمال سے اس پر دباؤ پڑنے سے بعض اوقات قضیب اور صفن کا ایک طرفہ وجع العصب پیدا ہو جاتا ہے۔ مزید برآں یہ عصب ورکی درجہ سے بھی قریبی تعلق رکھتا ہے، اور اس درجہ کے الہتاب کے واقعات میں انہی حصوں کا وجع العصب پایا جاسکتا ہے۔

خصیہ کو زیادہ تر دسویں ظہری قطعہ سے منوی ضغیرہ کے ذریعہ سے رسد پہنچتی ہے۔ گردہ کو بھی کی قدر رسد اس قطعہ سے پہنچتی ہے۔ اور اس امر کی توضیح خصیہ کے وجع العصب کے دوران میں کلوی خطہ میں درد محسوس ہونے، اور گردہ کے بعض عوارض مثلاً حاملہائے کلیہ اور کلوی حصیات کے گذرنے کے دوران میں خصیہ میں درد محسوس ہونے، اور اس کی بہت سی بازکشی سے (جو ان حالتوں میں دیکھنے میں آتی ہے) ہوتی ہے۔ کلوی

ضفیہ کے ذریعہ سے خصیہ براہ راست نیم قمری عقود (semilunar ganglia) اور شمسی (solar) ضفیہ سے تعلق رکھتا ہے جن میں عصب تائیہ (vagus) کے بعض انتہائی ریشے آکر ملتے ہیں۔ اس تعلق سے اس ہبوط عظیم کی جو خصیہ کی ناگہانی چوٹوں میں دیکھنے میں آتا ہے اور خامو کر قے کرنے کے اس نمایاں رجحان کی جو ایسے ضررات میں پایا جاتا ہے تو جیہ ہو سکتی ہے۔ جہاں تک خصیہ کے اعصاب کا تعلق ہے یہ حکم کے عظیم عصبی مرکز سے اتنا ہی قریبی تعلق رکھتا ہے جتنا کہ معائے صغیر کا بہت ساحصہ۔ اور اگر خصیہ دفعۃً کچلا جائے تو انہی شدید عمومی علامات کے پیدا ہونے کی توقع رکھنا چاہئے جو کسی فتق میں لفافتی کے چھنس کر رہ جانے سے پیدا ہوتے ہیں۔ علامات کی یہی مشابہت پریکٹس میں فی الحقیقت دیکھنے میں آتی ہے۔

حصۃ بنجم - جارجہ السفلی

554

باب بست و دوم کولے کا خطہ

(THE REGION OF THE HIP)

اس خطہ کا ذکر مندرجہ ذیل عنوانات کے تحت کیا جائے گا :-

- ۱۔ سیرن (buttocks) -
- ۲۔ فخذی (سکارپا کی Scarpa's) مثلث کا خطہ -
- ۳۔ کولے کا جوڑ معہ فخذی کے بالائی ایک تہائی حصہ کے -

۱۔ سیرن

(BUTTOCKS)

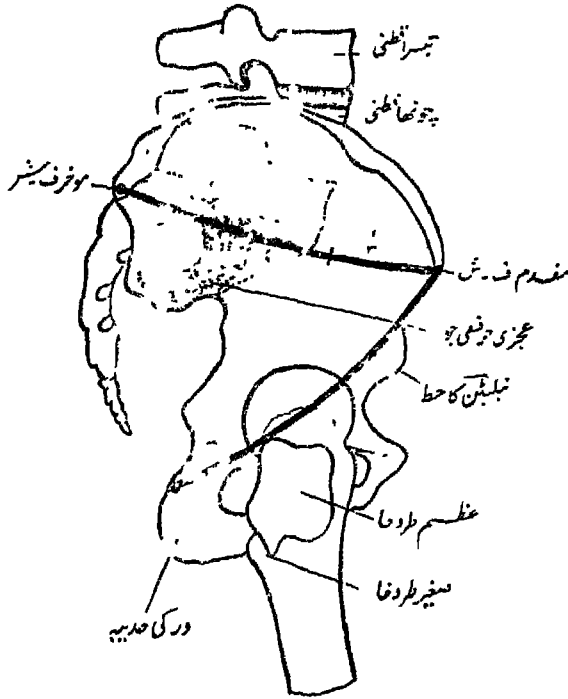
سطحی تشریح - اُلوی خطہ (gluteal region) کے عظمی نقاط بخوبی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔
حرقفی کا عرف (crest) اور مقدم فوقانی شوکہ (anterior superior spine) دونوں

واضح ہوتے ہیں۔ موخر فوقانی شوکہ (posterior superior spine) کم نمایاں ہوتا ہے، مگر عرف کا اس کی اپنی موخر انتہا تک تعاقب کرنے سے باسانی محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ شوکہ دوسرے عجری شوکہ کے لیول پر ہوتا ہے، اور عجری حرقی مفصل کے مرکز کے عین پیچھے واقع ہوتا ہے (شکل ۱۲۴)۔ عظیم طروخا (great trochanter) ایک واضح امتیازی نشان ہے۔ اور یہ عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) کے روائی انتہی سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ اس کا بالائی کنارہ کولے کے جوڑ کے مرکز کے لیول پر ہوتا ہے اور عضلہ الویہ وسطیہ (gluteus medius) کے وتر سے کسی قدر پوشیدہ ہوتا ہے جو اس کے اوپر سے گذرتا ہے۔ زندہ موضوع میں طروخا کے نسبتاً کم مرتفع ہونے کا انحصار جبکہ اس کا مقابلہ اس عظیم مرمیہ سے کیا جاتا ہے جو پنچر میں اس سے بنتا ہے، عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) اور صغیرہ (minimus) کے اس خلا کو مکمل طور پر پُر کرنے پر ہوتا ہے جو اس طروخا اور حرقہ کے درمیان ہوتا ہے۔ جب یہ عضلات مذبول ہو جاتے ہیں تو یہ زائدہ بہت نمایاں ہو جاتا ہے۔ شمیم افراد میں اس کا محل ایک چھوٹے سے گرو واضح نشیب سے جو کولے کے جوڑ کے اوپر ہوتا ہے ظاہر ہوتا ہے۔

ورکی حدیبہ جات (ischial tuberosities) باسانی محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ جب کولابسط کردگی کی حالت میں ہوتا ہے تو یہ عضلہ الویہ کبیرہ کے لحمی ریشوں سے پوشیدہ ہوتے ہیں، لیکن جب یہ خم کردہ ہوتا ہے تو یہ زائدے ایک بڑی حد تک اس عضلہ کے نیچے سے باہر نکل آتے ہیں۔

ان عظمی نقاط کی رہنمائی سے بہت سے سطحی تشریحی امتیازی نشانات متعین کئے جاسکتے ہیں (شکل ۱۲۵)۔ چنانچہ فوقانی الوی (superior gluteal) شریان عضلہ کشریہ (pyriformis) کے اوپر سے عظیم نسائی کٹاؤ (great sciatic notch) میں سے نکلتی ہے۔ اور اس خط کے اندرونی (بالائی) اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر پائی جاسکتی ہے جو حرقہ کے موخر فوقانی شوکہ کو عظیم طروخا سے ملاتا ہو جبکہ ران اندر کی طرف کو گردش کئے ہو۔ موخر فوقانی شوکہ سے جو خط حدیبہ کی کے بیرونی حصہ تک کھینچا جاتا ہے وہ موخر تحتانی اور ورکی (نسائی) دونوں شوکہ جات

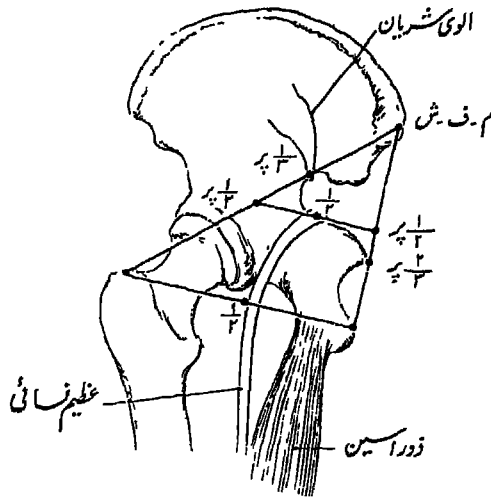
کو کاٹتا ہوا گزرتا ہے (شکل ۱۲۵)۔ قبل الذکر شوکہ موخر فوقانی شوکہ سے ۲ انچ نیچے ہوتا ہے۔ اور موخر الذکر اس خط کے وسطی اور زیرین ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے۔ نسائی (sciatic) شریان الوی خط میں اس خط کے وسطی اور زیرین ایک تہائی



شکل ۱۲۲۔ یہ شکل اس خط کو ظاہر کرتی ہے جس کا استعمال نیلین (Nelson) نے فحزی کی بالائی غیر وضعت کو معلوم کر کے لے کیا تھا۔ اور یہ ایک اور خط کو ظاہر کرتی ہے جو عجری حرقی جوڑ کے ترخان کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔

مقدم ف-ش۔ مقدم فوقانی شوکہ حرقی کا۔ مؤخر ف-ش۔ مؤخر فوقانی شوکہ حرقی کا

- 556 حصوں کے مقام اتصال پر داخل ہوتی ہے۔ داخلی حیائی (internal pudic) شریانی عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کا عصب اور حیائی (pudendal) عصب ورکی شوکہ پر سے گذرتے ہیں۔ اور اس لئے یہ آسانی سے مل بھی جاتے ہیں۔
- 557 عظیم نسائی عصب (great sciatic nerve) کا ٹمر مرین میں مندرجہ ذیل طریقہ سے معلوم کیا جاسکتا ہے۔ موخر فوقانی شوکہ (۱) اور عظیم طر و خا (ب) اور حدیبہ ورکی



شکل ۱۲۵ عظیم نسائی عصب کے خط کو ظاہر کرتی ہے۔
م. ف. ش۔ موخر فوقانی شوکہ۔

(ج) کو ملا کر ایک مثلث بناؤ۔ (ا ب) اور (ا ج) کی (د) اور (س) پر تنصیف کرو اور (د) اور (س) کو خط سے ملاؤ۔ یہ عصب عظیم نسائی کٹاؤ میں سے عضلہ کٹیریہ (pyriformis) کے نیچے سے (د س) خط کے نقطہ وسطی پر نکلتا ہے۔ یہاں سے یہ عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) عضلات توامیہ (gemelli) اور عضلہ فخذیہ مربعہ (quadratus femoris) کو عبور کر کے (ب ج) خط کے نقطہ تنصیف تک پہنچ جاتا ہے۔

اس کے بعد یہ زور اسین (biceps) کے نیچے سے ران میں چلا جاتا ہے۔ یہ نشانات شکل ۲۵ کو دیکھنے سے بخوبی سمجھ میں آجائیں گے۔

اس امر کا فیصلہ کر آیا فخذی کی گردن یا اس کے سر میں ضربی یا امراضیاتی قصر واقع ہو چکا ہے ان کا شفقات سے باسانی کیا جاسکتا ہے جن میں ان عظمی نقاط سے استفادہ کیا جاتا ہے۔ فخذی کا فوق طر و خائی قصر مندرجہ ذیل طریقوں میں سے کسی ایک سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ (۱) نیلیٹن (Nélaton) کا خط۔ مقدم فوقانی شوک سے حدیبہ ور کی تک جو خط کھینچا جائے اسے عظیم طر و خاکی نوک پر سے گزرنا چاہئے۔ اگر موخر الذکر اس کے اوپر ہو تو فخذی کی گردن یا اس کے سر میں قصر واقع ہو چکا ہے۔ (۲) برائینٹ (Bryant) کی مثلث۔ عظیم طر و خاؤں کی نوک سے جو خطوط ان عمودوں سے زاویہ قائمہ پر کھینچے جائیں جو مقدم فوقانی شوک سے اس کو چ پر گئے جائیں جس پر مریض تکیہ لگائے لگتا ہے، ان کو دونوں جانب پر طول میں متماثل ہونا چاہئے (۳) چین (Chiene) کے متوازی خطوط۔ ایک مقدم فوقانی شوک سے لیکر دوسرے تک جو خط کھینچا جائے اسے اُس خط کا متوازی ہونا چاہئے جو ایک طر و خاکی نوک سے دوسرے کی نوک تک کھینچا جائے۔ اگر یہ مستقیم ہوں تو یہ فرض کرنے کے لئے کافی وجہ ہے کہ تنگ جانب پر فوق طر و خائی قصر موجود ہے۔ (۴) مک کورڈی (McCurdy) کا خط عانی شوک سے جسم کے خط وسطی سے زاویہ قائمہ پر کھینچا جاتا ہے۔ اگر فخذی اپنی طبعی وضع ہو تو عانی خط کو عظیم طر و خا پر سے یا اس سے عین اوپر سے گزرنا چاہئے (شکل ۱۲۶)۔ اس خط کا نقطہ وسطی فخذی کے سر کے زیرین حصہ کے سامنے واقع ہوتا ہے۔ ان تمام پیمائشوں میں عظیم طر و خا کے الفاظ سے اس فراز کی نوک مراد لی جاتی ہے۔ اور حدیبہ ور کی سے اس حدیبہ کا نمایاں ترین یعنی موخر خارجی حاشیہ مطلب لیا جاتا ہے۔

مرتب کا عضلی تودہ پیچھے سے عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) سے اور آگے سے عضلہ الویہ وسطیہ (gluteus medius) اور عضلہ الویہ صغیرہ (gluteus minimus) اور عضلہ ناشرہ روائیہ فخذیہ (tensor fasciae femoris) سے بنتا ہے موخر الذکر عضلہ اپنا فعل کرنے کی حالت میں یعنی جبکہ ران حالت تبعید میں اور اندر کی طرف کو

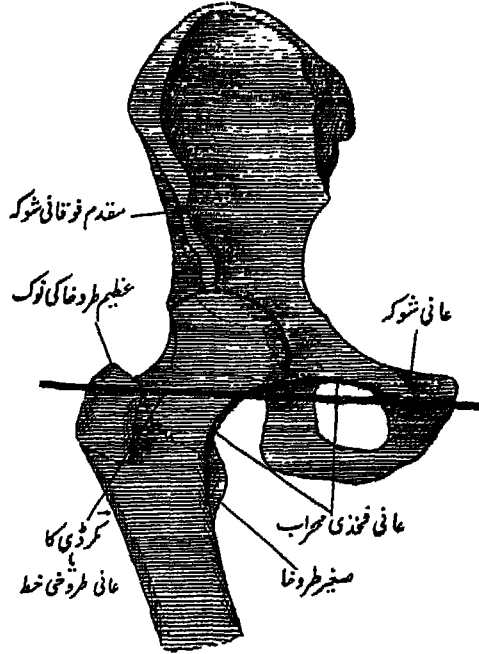
گھومی ہوئی ہو دیکھا جاسکتا ہے۔

سرین کا شکن عضلہ الویہ کبیرہ کے زیرین کنارہ کو جو ترجھا واقع ہوتا ہے عبور کرتا ہے۔ جب کو لا مکمل بسط کردگی کی حالت میں ہو جیسا کہ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں ہوتا ہے تو سرین گول اور نمایاں ہوتے ہیں، اور الویہ شکن مستعرض اور بہت واضح ہوتا ہے۔ جب کو لا ذرا خم کردہ ہو تو سرین چھپنے ہو جاتے ہیں اور الویہ شکن ترجھا ہو کر غائب ہو جاتا ہے۔ کولے کے جوڑ کے مرض کے ابتدائی علامات میں سے سرین کا چپٹا پن اور الویہ شکن کا فقدان بھی ہیں۔ ان امارات کا انحصار کولے کی خم کردگی پر ہوتا ہے جو علاج سے پیشتر اس عارضہ کے ہر ایک مریض میں تقریباً ہمیشہ موجود ہوتی ہے۔ بہر حال کولے کے مرض کے تمام واقعات میں اور نیز صادق عرق النساء (sciatica) کے بہت سے مریضوں میں الویہ عضلات بہت جلد لاغر ہو جاتے ہیں۔

سرین کے اوپر کی جلد موٹی اور کمزوری ہوتی ہے اور اس میں دمل اکثر پیدا ہوتے ہیں۔ اس کی زیر جلدی ردا ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے اور اس میں بہت سی چربی موجود ہوتی ہے۔ سرینوں کی گولائی اور ان کے ابھار کا انحصار عضلی نمو کی نسبت زیادہ تر اسی چربی پر ہوتا ہے۔ "ہو تنوتی زہرہ" (Hottentot Venus) کے نہایت عظیم الجسامت سرینوں کے غیر معمولی ابعاد کا انحصار جن کا نمونہ بہت سے عجائب خانوں میں پایا جاتا ہے زیر جلدی چربی کے بہت بڑے جانے پر ہوتا ہے۔ اس حصہ میں شحمی بافت کی جو مقدار موجود ہوتی ہے اس کی وجہ سے سرین شحمی سلعات کے لئے ایک موزوں جگہ ہیں۔ سطحی ردا کے ڈھیلے پن کے باعث خون اور پیپ دونوں کے بڑے بڑے انصبابت الویہ حلقہ میں واقع ہو جاتے ہیں۔

سرین کی عمیق ردا جو رداۓ عریض (fascia lata) کا ایک حصہ ہے بہت عظیم الاہمیت ہے۔ یہ کشیف غشا اوپر کی طرف حرقعی عرف (iliac crest) اور عجری اور عضلہ سے چمپیدہ ہوتی ہے۔ سامنے کی طرف یہ عضلہ الویہ وسطی (gluteus medius) پر سے اترتی ہوئی عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) کی اندرونی کور پر پہنچ کر دو تہوں میں تقسیم ہو جاتی ہے، جن میں سے ایک اس عضلہ کے اوپر سے اور ایک

اس کے نیچے سے چلی جاتی ہے۔ اس لئے عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) ردا کی دو تہوں میں بند ہوتا ہے، اور دونوں چھوٹے الوی عضلات ایک عظمی صفاقی فصا میں محصور ہوتے ہیں جو اوپر کی طرف سے مضبوطی سے بند ہوتی ہے، اور صرف نیچے کی طرف سے



شکل ۱۲۶۔ یہ شکل یہ ظاہر کرتی ہے کہ عانی شوک (درنہ) اور عظیم پردغا کی نوک دونوں ایک ہی افقی مستوی پر واقع ہوتے ہیں (مکڑی کا خط)۔ نیز فخذی کی گردن کے زیرین کنارہ اور سورخ ساد کے اندرونی کنارہ سے ایک مسلسل محراب (شینٹن کی محراب : Shenton's arch) بنتی ہے جبکہ فخذی کے تعلقات طبعی ہوں۔

560 ران کی جانب پر اور اندر کی طرف سے نسائی سوراخ پر کھلی ہوتی ہے۔ خون کی وعا بدزیاں اس ردا کے نیچے واقع ہو سکتی ہیں اور جلد کی رنگت میں کوئی تغیر پیدا نہیں ہوتا جو ان کے وقوع پر دلالت کرے۔ اور خون اس کثیف غشا میں سے گذر کر سطح تک نہیں آسکتا ایسی وعا بدزیاں مدت تک محسوس رہتی ہیں اور چونکہ ان میں تموج پایا جاتا ہے اس لئے یہ غلطی سے خراج تصور کی جاسکتی ہیں۔

اس ردا کے نیچے عمیق التہاب واقع ہونے سے خاصکر جبکہ یہ عضلہ الویہ وسطیہ (gluteus medius) کے نیچے واقع ہو بہت درد پیدا ہوتا ہے، کیونکہ التہابی انصباب دو دیواروں کے درمیان محسوس رہتے ہیں جن میں سے ایک طرف تو ہڈی کی دیوار ہوتی ہے اور دوسری طرف کثیف ردا اور مضبوط عضلہ کی۔ ایسے محسوس خراجات سطح تک پہنچنے سے پیشتر ران کے نیچے کی طرف ایک معتد بہ فاصلہ تک چلے جاتے ہیں۔ اور فیرا بوف (Farabeuf) ایک واقعہ بیان کرتا ہے جس میں ایک الویہ خراج پھٹنے سے پہلے نکلے تک چلا گیا تھا۔ بعض حالتوں میں الویہ خراج نسائی سوراخوں میں سے گذر کر حوض میں جاسکتا ہے یا حوضی خراج ان میں سے کسی ایک سوراخ میں سے نکل کر مرن کے عمیق خراج کی شکل اختیار کر سکتا ہے۔

561

ردائے عریض کا وہ موٹا حصہ جو جارج کے بیرونی حصہ پر حرقفہ کے عرف (۵۰) اوپر کی طرف ہوتا ہے اور قصبیہ (tibia) کے بیرونی حدیبہ اور شظیہ (fibula) کے سر (۵۰) نیچے کی طرف ہوتے ہیں کے درمیان ہوتا ہے صر قفنی قصبیتی بند (ilio-tibial band) کہلاتا ہے۔ یہ بند حرقفہ عرف اور عظیم طر و خا کے درمیان خلا پر خوب تنیدہ ہوتا ہے اور اگر ان دونوں مقامات کے درمیان انگلیوں سے دباؤ ڈالا جائے تو ردا کے اس حصہ کی مزاحمت بخوبی محسوس کی جاسکتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ عظم فخذی کی گردن کے کہ میں جب اعظم طر و خا کو عرف کے نزدیک کیا جائے گا تو یہ بند ڈھیلا ہو جائیگا۔ یہ مشاہدہ عظم فخذی کے گردن کے کہ میں مفید ثابت ہو سکتا ہے۔

عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) کی زیرین آزاد کور ترقیحی ہوتی ہے اور مرن کے شکن کے مستعرض خط سے کچھ نیچے ختم ہو جاتی ہے (شکل ۱۲۷)۔ یہ عظیم الجسامت

عضلہ بھی لگا ہے گا ہے چوٹ سے فشن ہو جاتا ہے۔

عظیم طروخاکے اوپر کم از کم تین درجکیں (bursæ) پائی جاتی ہیں جو اس زائدہ کو تین الوی عضلات سے فرداً فرداً علیحدہ کرتی ہیں۔ ان میں سے وسیع ترین وہ ہوتی ہے جو عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) کے منہتی (جو حرقی قصبیتی بند پر ہوتا ہے) اور عظیم طروخاکے کی بیونی سطح کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ درجک عظیم طروخاکے کو ران کی گرد کے دوران میں اس عضلہ کے نیچے آزادی سے حرکت کرنے دیتی ہے۔ جب یہ تاجہ ملہتب ہو جاتا ہے تو جارحہ کو حرکت دینے میں بہت تکلیف ہوتی ہے، اور ران عموماً خم کردہ اور متقرب رہتی ہے۔ اس وضع کا فائدہ یہ ہے کہ جہاں تک الوی عضلات کا تعلق ہے جارحہ کو حرکت سے مطلق سکون حاصل ہو جاتا ہے، اور یہ عضلات جب فعل کرتے ہیں تو جارحہ کو بسط کردی اور تیزعید کی حالت میں لے آتے ہیں، اور اس طرح ایلم دجک پر دباؤ ڈالتے ہیں۔

ور کی حدیبہ (ischial tuberosity) پر بھی ایک درجک ہوتی ہے جو ان اشخاص میں ملہتب ہو جاتی ہے جن کو اپنے مشاغل میں بیٹھنے کی بہت ضرورت ہوتی ہے۔ اور اس وضع میں درجک پر براہ راست دباؤ پڑتا ہے۔ یہ تاجہ اس مرض کا شریخی اساس ہے جو قدیم کتابوں میں "سرن بافندہ" (weaver's bottom) یا "سرن طارح" (lighterman's bottom) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ جب یہ درجک ٹی ہو جاتی ہے تو یہ بعض اوقات تحتانی حیائی (inferior pudendal) (موخر فخذی جلدی کی بجائی شاخ) پر دباؤ ڈالتی ہے۔

562

سرن کی شریانیں اور اس کے اعصاب۔ فوقانی الوی شریان (superior gluteal artery) اتنی ہی بڑی ہوتی ہے جتنی بڑی کہ زندگی (ulnar) شریان۔ اور نسائی (sciatic) (تحتانی الوی: inferior gluteal) اتنی ہوتی ہے جتنی کہ لسانی (lingual) قبل الذکر کی جہاں بعض اوقات بہت ہی بڑی ہوتی ہے، اور اس کے زخمی ہونے سے زلف سے موت جلد واقع ہو چکی ہے۔ الوی عروق میں سے صرف اسی شریان کی شاخیں زخمی ہوتی ہیں، کیونکہ اصلی تنے کا زیادہ تر حصہ حوض کے اندر واقع ہوتا ہے۔ الوی انورسما پہلے بہت قلیل الوقوع نہیں تھے۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ

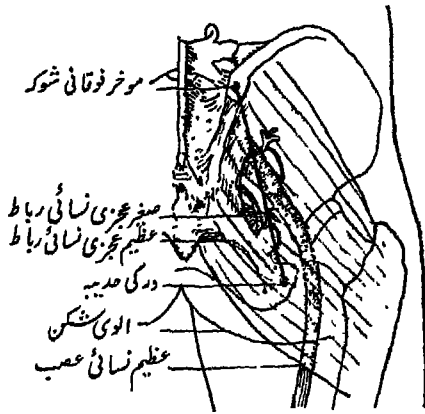
الوی شریان، یا یہ زیادہ صحیح ہوگا کہ داخلی حرقنی (ریبر معدی) تنا معائے مستقیم میں سے مضبوط کیا جاسکتا ہے۔ الوی اور نسائی شریانیں دونوں ان کے مری پر براہ راست شکاف دینے سے سرین میں باندھی جاسکتی ہیں۔ شاذ و نادر واقعات میں نسائی عصب کی رفیق شریان بعض اوقات فخذی شریان کی جسامت اور اس کے وظائف اختیار کر لیتی ہے۔

نسائی عصب (sciatic nerve) عجزی ضیفو کے بڑے حصہ کا ایک تسلسل ہے جو نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے (شکل ۱۲۵ و ۱۲۷)۔ اس عصب میں وہ وجع العصب جو عرق النسا (sciatica) کے نام سے موسوم ہے واقع ہوتا ہے۔ اس عصب کے قریبی تعلقات کا مطالعہ کرنے سے یہ ظاہر ہو جائے گا کہ یہ بہت سے خارجی اثرات کے لئے معرا ہوتا ہے۔ چنانچہ حوض میں یہ حوضی سلمہ کے مختلف اقسام سے دب سکتا ہے، اور اس طرح عرق النسا (sciatica) پیدا ہو سکتا ہے۔ معائے مستقیم میں براز کے مجتمع ہونے سے اس عصب پر دباؤ پڑ سکتا ہے اور وجع العصب پیدا ہو سکتا ہے۔ نیز یہ بھی کہا جاتا ہے کہ پیچیدہ اقسام کے وضع حل میں جنین کے سر کے دباؤ سے اسے نقصان پہنچ چکا ہے۔ اور کوئے کی شدید حرکتوں سے یہ ماؤف ہو چکا ہے۔ اور یہ وہ حالت ہے جو اس عصب اور کوئے کے جوڑ کے قریبی تعلق کو ذہن نشین رکھنے سے کہانی سمجھ میں آجائے گی۔ مزید برآں یہ عصب سطح سے اتنا قریب ہے کہ باہر کی سردی بھی اس پر اثر ہو جاتا ہے، اور اس اثر کے ساتھ عرق النسا (sciatica) کی بہت سی قسمیں منسوب کی گئی ہیں۔

563

عصب کا اطباب (nerve-stretching) اور اس میں اثرات گہنا۔ عرق النسا (sciatica) کے علاج کے لئے نسائی (sciatic) عصب بعض اوقات شکاف دے کر معرا کر لیا جاتا ہے، اور اس کا اطباب کیا جاتا ہے۔ اس طریق کا کے سلسلہ میں یہ معلوم کر لینا ضروری ہے کہ یہ عصب اور دوسرے اعصاب جمل ٹوٹی کے ٹوٹنے کے بغیر کس قدر زیادہ جوڑ کے متخل ہو سکتے ہیں۔ ٹرومبٹا (Trombetta) جس نے اعصاب کے نقطہ شکست کی طرف بہت توجہ دی ہے، یہ بیان کرتا ہے کہ مندرجہ ذیل اوزان نیچے دئے ہوئے اعصاب کو توڑ سکتے ہیں :-

- عظیم نائی - ۱۸۳ پونڈ -
 داخلی باہمی - (قصیدی) ۱۱۴ پونڈ -
 مقدم ساقی (فخدی) - ۸۳ پونڈ -
 وسطی - ۸۳ پونڈ -
 زیدی اور کعبی - ۵۹ پونڈ -
 عضدی ضفیہ گردن میں - ۴۸ تا ۶۳ پونڈ -
 عضدی ضفیہ بغل میں - ۳۵ تا ۸۱ پونڈ -



شکل ۱۲۷ - نائی عصب کے بالائی حصہ کا تھکون اور اس کے تعلقات -

نائی عصب بسط کردہ اسفل جارہ کو پیٹ پر خمیدہ کرنے سے تنیدہ کیا جاسکتا ہے۔ اس تدبیر سے عرق النسا (sciatica) کے بعض مریضوں کو شفا ہوگئی ہے۔

عرق النسا (sciatica) کے درد کو رفع کرنے کی غرض سے نائی عصب میں زیر جلدی اشراب کرنے کے لئے سوئی اس طرح بھونکی جاتی ہے کہ وہ اس مقام پر عصب

میں داخل ہو جائے جہاں یہ ہڈی پر بڑے عجزی نسائی (sciatic: نسائی) کٹاؤ کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ یہ نقطہ اس رہنما خط سے بہترین طور پر معلوم کیا جاتا ہے جو موخو فوقانی شوک سے لیکر حدیبہ ور کی (ischial tuberosity) تک کھینچا جائے۔ اگر سوئی کی نوک اس خط کے وسطی اور زیرین ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال سے ۱/۲ انچ باہر کی طرف داخل کی جائے تو یہ براہ راست اس عصب کے اوپر پہنچ جاتی ہے (شکل ۱۲۷)۔ عصب یہاں عضلہ الویہ کیو (gluteus maximus) سے پوشیدہ ہوتا ہے، اور عظم ور کی (ischium) پر عضلہ کمثریہ (pyriformis) اور عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کے درمیان واقع ہوتا ہے، جن میں سے اول الذکر اوپر اور موخو الذکر نیچے ہوتا ہے۔ دوسرے سطحی نشانات جو اس خط میں اس عصب کے ممر کو ظاہر کرتے ہیں صفحہ 555 پر دئے گئے ہیں۔

سرین کو جلدی عصبی ررد کثرت سے پہنچتی ہے۔ اور اس حصہ کی لمبی حساسیت تقریباً اتنی ہی تیز ہوتی ہے جتنی کہ ہاتھ کی پشت پر کی اور یہ ایسے حصوں مثلاً گدی، ران اور پشت کے وسطی حصوں کی اسی قسم کی حساسیت سے زیادہ تیز ہوتی ہے۔ الوی جلد کا احساس قطنی اعصاب کی موخر شاخوں کے شاخچوں، بعض عجزی اعصاب کی شاخوں، آنوی نہری عصب کی جانبی جلدی شاخ، قطنی زیر معدی (ilio-hypogastric) عصب کی قطنی (جانبی) شاخ، خارجی (جانبی) جلدی عصب کے شاخچوں، اور صغیر نسائی (small sciatic) کی بڑی بڑی شاخوں سے حاصل ہوتا ہے۔ یہ اعصاب چار شوکی قطعات سے آتے ہیں یعنی بارصویں نہری، پہلے قطنی، دوسرے اور تیسرے عجزی سے (شکل ۱۵۸ صفحہ 669)۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ سرین کی طرف سے نسائی سوراخوں (sciatic foramina) میں سے حوضی احتشاء کٹک سامی باسانی کی جاسکتی ہے۔ لندن ہاسپٹل (London Hospital) میں ایک مریض داخل ہوا تھا جس کے سرین پر نبطا ہر ایک معمولی سی ہول لگی تھی۔ چند دن کے بعد وہ حاد التهاب باریطون سے مرگیا، اور امتحان بعد الموت سے یہ ثابت ہوا کہ خنجر عظیم عجزی نسائی کٹاؤ میں سے گزر کر مثانہ میں داخل ہو گیا تھا، اور اس

پیشاب باریطونی کہنے میں چلا گیا تھا۔ جنگ عظیم میں بہت سے خراب ترین شکی ضررات وہ جن میں داخلہ کا زخم سرین خط میں واقع تھا۔ سرین کی ضربوں میں معائے مستقیم کو بھی نقصان پہنچ چکا ہے۔ اور اینگر (Anger) نے ایک مصنوعی مبرز کا حال درج کیا ہے جو سرین پر واقع تھا۔ اور یہ بندوق کے ایک زخم کا نتیجہ تھا جو سرین میں سے ہوتا ہوا اخور میں کھل گیا تھا۔ اسی راستہ سے معائے مستقیم کے جزئی استیصال کے لئے کراسک (Kraske) کا عملیہ وریلٹ (Rigby) کا علیہ سر انجام دیا جاتا ہے۔

۲۔ فخدی (سکارپا کی) مثلث کا خطہ (Scarpa's)

سطحی تشریح۔ بن ران کے خطہ کے اہم ترین اتیازی نشانات مقدم فوقانی حرقی شوکہ، ارتفاع عانہ (symphysis pubis) عانہ کا شوکہ (درنہ)، اور اربی (پوپار کا: Poupart's) رباط باسانی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ مذکورہ بالا دونوں شوکوں کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (صفحہ 554)۔ اربی رباط (inguinal ligament) ایک منحنی خط کی نسبت کرتا ہے جو ان دونوں مریمہ جات کے درمیان کھینچا جائے اور جس کا انحداب نیچے کی طرف ہوتا ہے۔ یہ مضبوط اشخاص میں بھی محسوس کیا جاسکتا ہے اور اس کا اندرونی نصف بیرونی سے زیادہ واضح ہوتا ہے۔ اور بہت موٹے اشخاص میں بھی اس کا محل ایک خفیف سے فوجہ سے ظاہر ہوتا ہے۔ چونکہ یہ رباط روائے عریض (fascia lata) سے چسپیدہ ہوتا ہے اس لئے یہ ران کی خم کردگی اور تقریب کی حالت میں یا جب کہ اس کو اندر کی طرف گردش دی جائے ڈھیلا اور کم واضح ہو جاتا ہے۔ عانی اور مقدم فوقانی شوکوں کو جو خط ملاتا ہے اس کا نقطہ وسطی فخدی اور کوئے کے جوڑ کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ اس مقام پر بن ران کو عبور کرتی ہوئی اکثر ایک بھری دکھائی دیتی ہے۔

عضلہ خیاطیہ (sartorius muscle) اس وقت دکھائی دیتا ہے جب کہ ٹانگ مقابل کے گھٹنے پر سے آڑی اونچی کی جائے اور عضلہ مقربہ طویلہ (adductor longus) اس وقت واضح ہوتا ہے جبکہ ران حالت تبعید میں ہو، اور موضوع کی جار کو تقریب کی حالت میں لانے کی کوششوں کی مزاحمت کی جائے۔ قرب اشخاص میں بھی

اس عضلہ کی کور محسوس کی جاسکتی ہے جبکہ یہ اپنا فعل زور سے کر رہا ہو، اور انگلیاں اس کے کنارہ سے ساتھ ساتھ عین اس کے مبداء تک جو عانی شوکہ کے نیچے ہی واقع ہوتا ہے پہنچائی جاسکتی ہیں۔

اس خطہ کے لمفی غدود (lymphatic glands) خاص کر دبے بچوں میں بعض اوقات جلد کے نیچے محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ فخذی حلقہ (femoral ring) اربی رباط کے نیچے عانی شوکہ سے ۱ انچ باہر کی طرف واقع ہوتا ہے (شکل ۸۹ صفحہ 398)۔ صافنی فتہ (حفہ بیضویہ: fossa ovalis) کا محل بعض اوقات جلد کے ایک خفیف سے نشیب سے ظاہر ہوتا ہے۔ یہ اربی رباط کے عین نیچے واقع ہوتا ہے، اور اس کا مرکز عانی شوکہ سے تقریباً ۱ انچ نیچے کی اور باہر کی طرف کو ہوتا ہے۔ دبلے اشخاص میں طویل صافنی ورید صافنی فتہ کو جاتی ہوئی اکثر شناخت کی جاسکتی ہے۔

اگر فخذی نقطہ (شکل ۸۹) یعنی ارتفاع عانہ اور مقدم فوقانی فوقانی شوکہ کے درمیانی فاصلہ کے وسطی نقطہ سے عضلہ مقربہ کبیرہ (adductor magnus) کے درنہ (tubercle) تک جو فخذی کے اندرونی (وسطانی) قنڈال کے عین اوپر ہوتا ہے، ایک خط کھینچا جائے جبکہ ران خفیف سی خم کردہ، باہر کی طرف کو گھومی ہوئی، اور بعد ہو تو اس کا بالائی دو تہائی حصہ فخذی شریان (femoral artery) کا متناظر ہوگا۔ اربی رباط کے عین نیچے فخذی ورید اس شریان کے اندر کی طرف واقع ہوتی ہے اور مقدم ساقی (فخذی) عصب اس کے باہر کی طرف سے ۱ انچ کے فاصلہ پر گذرتا ہے۔ عمیق فخذی (profunda femoris) اربی رباط سے تقریباً ۱ انچ نیچے نکلتی ہے۔ اور داخلی اور خارجہ شریں (circumflex) عروق اس ساخت سے تقریباً ۲ انچ نیچے سے نکلتے ہیں۔

فخذی (femoral) (سکارپا کی: Scarpa's) مثلث کے اوپر کی جلد سرین کی جلد کی طرح کی نہیں ہوتی بلکہ نسبتاً پتلی اور نازک ہوتی ہے۔ جو حصے اس کے عین نیچے واقع ہوتے ہیں ان کے ساتھ اس کے ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہونے کی وجہ سے یہ ایک بڑی حد تک کھینچا جاسکتی ہے جیسا کہ بڑے بڑے فخذی فتوح اور بعض عظیم الجسامت

اربی سلعات میں دیکھنے میں آتا ہے۔ بعض اوقات یہ شدید جوت سے دریدہ بھی ہو جاتی ہے جیسا کہ برن (Berne) کے اطلاع کردہ واقعہ میں ہوا تھا۔ اس واقعہ میں مریض ۱۱ سال کا ایک لڑکا تھا جسے کولے کا مرض لاحق تھا۔ اس کی رائیں شکم پر خیم کردہ تھیں اور جب اس بدشکلی کو دور کرنے کے لئے ان کی بسط کردگی زور سے کی گئی تو جلد بن ران کے مین نیچے سے پھٹ گئی اور تقریباً ۲۱ انچ چوڑا شکاف رونما ہو گیا۔

567

بن ران کے خطہ کے منقبض ہونے والے ندبوں سے کولے کی مستقل خم کردگی پیدا ہو سکتی ہے۔ اور اس خطہ کے قرب وجوار کے عمیق اور شدید احتراقات کے بعد یہ نتیجہ اکثر پیدا ہوتا ہے۔ ساتھ ہی یہ بھی معلوم ہو جانا چاہئے کہ بن ران کے افقی زخموں کو ران کو خفیف سی خم کردگی کی حالت میں رکھنے سے بخوبی ملایا جاسکتا ہے۔

ایسی مثالیں درج کی گئی ہیں جن میں مستزاد پستانی غدہ مع مناسب حملہ کے بن ران میں واقع تھا۔ جیسٹو (Jessieu) ایک عورت کا واقعہ بیان کرتا ہے جس میں پستان اسی محل پر واقع تھا اور وہ یہیں سے اپنے بچہ کو دودھ پلاتی تھی (دیکھو صفحہ 245)۔ چند واقعات میں خصیہ صفین میں اترنے کی بجائے فخذی قنال میں سے نکل کر فخذی مثلث میں ظاہر ہو چکا ہے۔ فخذی فتق کی طرح یہ اربی رباط کے اوپر سے بھی گزر چکا ہے۔ اور یہ غالباً جارحہ کے حرکات سے یہ رخ اختیار کرتا ہے۔

اس خطہ کی سطحی ردا زیادہ کثیف نہیں ہوتی اور سطحی غماز کی ترقی پر اثر انداز نہیں ہوتی۔ یہ توضیح اس امر سے نہایت اچھی طرح سے ہوتی ہے کہ سکارپا (Scarpa) کی مثلث کے غدہ میں نتیجہ اکثر واقع ہوتا ہے، مگر پیپ باوجود اس کے کہ غدہ سطحی ردا کی کثیف ترقی میں (کیونکہ اس خطہ میں ردا دو تہوں میں تقسیم ہو جاتی ہے) ملفوف ہوتے ہیں اکثر حالتوں میں سطح تک پہنچتی ہے، گو اس تک پیپ کو سطح کی طرف ترقی کرنے سے روکنا چاہئے۔

اگرچہ اس خطہ میں زیر جلدی چربی خاص طور پر افراط سے نہیں پائی جاتی مگر فخذی مثلث سلعات شحمیہ کے لئے ایک موافق محل ہے۔ روائے عربیض (fascia lata) جارحہ کو مکمل طور پر محصور کرتی ہے اور جہاں تک

ران کی سائینے کی طرف کا تعلق ہے یہ اوپر کی طرف رباط اربی سے اور رانی کے جسم اور
 فرع سے اور عظم وری کی فرع سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اس کے تسلسل میں صرف صافنی فتوحہ
 (saphenous opening) ہی ٹھل ہوتا ہے۔ یہ ردا عمیق خراجات اور عمیق بالیدوں
 پر کسی قدر اثر انداز ہوتی ہے، چنانچہ خصری خراج (psaos abscess) ران تک عضلہ خصر
 (psaos muscle) کی متابعت کرنے سے پہنچ جاتا ہے، اور فجری مثلث میں پہنچ جانے
 پر یہ ردا کے عریض (fascia lata) کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ کثیر التعداد واقعات میں اسکا
 منہ وہاں بنتا ہے جہاں عضلہ خصر ختم ہوتا ہے۔ گرد و سری اور قلیل الوقوع مثالوں میں
 اس کی ترقی پر ردا کے عریض (fascia lata) کا اثر یقیناً پڑتا ہے، اور یہ جارحہ میں نیچے
 کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ اس طرح متاثر ہونے سے خصری خراج ران کے زیرین حصہ میں
 اور گھٹنے پر بھی ظاہر ہو چکا ہے۔ اور ایرچسن (Erichsen) ایک واقعہ کی اطلاع دیتا ہے
 جس میں اسی قسم کا ایک خراج (جو ٹھری شو کی عمود میں شروع ہوا تھا) انجام کار آخلی وتر
 (tendo Achillis) (عقبیتی وتر: tendo calcaneus) کی ایک جانب پر کھولا

گیا تھا۔

عضلات۔ حرقنی خصری (ilio-psaos) عضلہ پر جو کولے کے جوڑ کی معتمد
 جانب پر تننا ہوا معلوم ہوتا ہے اور اس جوڑ کے بہت سے حرکات میں حصہ لیتا ہے
 سخت و رز شول میں بار پڑنے کا احتمال ہوتا ہے۔ اس عضلہ اور کولے کے جوڑ کے کیسہ کے
 درمیان ایک درجک ہوتی ہے، جو اکثر اس جوڑ سے ربط و راہ رکھتی ہے۔ مزمن طور
 پر ملہتب ہونے سے یہ درجک ران کے سامنے ایک بڑے سلحہ کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔
 التهاب کی حالت میں اس درجک سے دباؤ رفع کرنے کے لئے ران ہمیشہ خم کردگی کی حالت
 میں آجاتی ہے۔ اور ایسے علامات کا ایک سلسلہ نمودار ہو جاتا ہے جو کولے کے جوڑ کے
 مرض کے علامات سے مختلف نہیں ہوتے۔ مزید براں حرقنی خصری عضلات عمود شو کی کے
 قطنی خطہ کے بین فقراتی مفاصل اور عجری حرقنی (sacro-iliac) جوڑوں پر بھی فعل
 کرتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ ان جوڑوں میں سے کسی ایک کے مرض سے اس عضلہ میں خواش
 اور انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔ جسم میں درحقیقت اور کوئی عضلات ایسے نہیں ہیں جن

سریری تعلقات حرقنی خصری عضلات کی نسبت زیادہ وسیع اور زیادہ اہم ہوں۔ اگر گردوں، مالین، احوار، زائیدہ دودہ، سگمانا قولون، بلبہ، المنی غد کے حرقنی سلسلہ، یا قطنی منفرہ کے اعصاب میں کوئی مرضی حالت موجود ہو تو ان حرکات سے جن میں حرقنی خصری عضلہ بھی شامل ہوتا ہے درد پیدا ہوتا ہے۔

خیاطیہ (sartorius) ایک عضلہ ہے جس کے اپنے طول اور عجیب و غریب فعل وغیرہ کی وجہ سے ضرب سے مشق ہونے کی مشکل ایسی سے توقع کی جاسکتی ہے۔ مگر ڈوپرٹن کے عجائب خانہ (Musée Dupuytren) میں اس قسم کے اشتقاق کا ایک نمونہ ہے جو اس عضلہ کے وسط پر واقع ہوا تھا اور لیفی بافت سے متحد ہو گیا تھا۔ عضلہ مقربہ (adductor muscles) پر اور خاص کر عضلہ مقربہ طویل (adductor longus) پر گھوڑ کی سواری کی ورزشوں میں اکثر بار پڑ جاتا ہے۔ اور بعض اوقات جزوی اشتقاق تک بھی واقع ہو جاتا ہے کیونکہ زین کی گرفت زیادہ تر انہی عضلات سے قائم رہتی ہے۔ ایسے حادثات کا نام ”سواروں کی موچیں“ (rider's sprains) رکھا گیا ہے۔ ان میں یہ عضلات بالعموم اپنی چسپیدگیوں کے قریب ماؤف ہو جاتے ہیں۔ جب ان کے ریشے مشق ہو جاتے ہیں تو اکثر بہت سا خون منصب ہو جاتا ہے، اور ایسے انصبابات بعض اوقات اس قدر کثیف اور لیفینی ہو جاتے ہیں کہ ان سے ایک تودہ بن جاتا ہے جو غلطی سے عائن کا علم بردار مکرر تصور کیا جا چکا ہے (مرہزی مورس: Sir Henry Morris: ”عظم الرکب“ rider's bone) کی اصطلاح سے عضلہ مقربہ طویل یا کبیرہ کے بالائی وتر کا تعظم مراد ہے جو اس پر بار پڑنے یا اس کے جزوی اشتقاق کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ایسے واقعات کی اطلاع دی جا چکی ہے جن میں اس وتر میں ہڈی کا یہ ٹکڑا ۱ انچ، ۲ انچ، اور ۳ انچ تک بھی لمبا تھا۔ عضلات پر بار پڑنے اور ان کے ناگہانی فعل سے گاہے گاہے ایسا ہوتا ہے کہ ایک عضلہ یا اس کے کچھ حصہ کا مٹتی فخذی سے جزوی طور پر علیحدہ ہو جاتا ہے، اور اس کے ساتھ گرد عظم کا ایک ٹکڑا بھی جدا ہو جاتا ہے۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ محل اشتقاق پر نئی ہڈی بن جاتی ہے، اور ایک سلحمنہ تودہ تیار ہو جاتا ہے (گاڈلی: Godlee: عروق خون۔ فخذی شریان femoral artery) فخذی مثلث میں

اتنی سطحی ہوتی ہے کہ یہ اکثر زخمی بھی ہو جاتی ہے۔ مزید برآں یہ عرق اس حصہ کے سرطانی اور آکلی (phagedænic) تقرحات سے پھٹ چکا ہے۔ اس واقعہ سے ہلکے نزعہ واقع ہو چکا ہے۔ اس شریان پر دباؤ موزوں ترین طریقہ سے اس نقطہ پر ڈالا جاتا ہے جو رباط اربی کے عین نیچے حرقہ کے مقدم فوقانی شوک اور ارتفاق ماند کے درمیانی فاصلہ کے وسط پر واقع ہوتا ہے۔ دباؤ کا رخ پیچھے کی طرف کو رکھنا چاہئے تاکہ یہ عرق عانی اور کولے کے جوڑ کے کیسہ کے ہم پہلو حصوں پر مضبوط ہو جائے۔ اس سے اور نیچے منقطعہ کا رخ پیچھے کی اور باہر کی طرف کو ہونا چاہئے۔ تاکہ یہ شریان ہڈی کی پوری سے جا لگے جو اس سے کچھ فاصلہ پر اس کی بیرونی جانب پر واقع ہوتی ہے۔

شریان اور ورید کے نزدیک نزدیک واقع ہونے کی وجہ سے اس خطہ میں زخموں کے بعد شریانی وریدی انورسہ پائے گئے ہیں۔ مشترک فخذی شریان میا نورسما پہلے کثیر الوقوع تھا۔ اور اس امر کے لئے کہ یہ عرق کیوں باؤف ہوتا ہے بہت سے وجوہ پیش کئے جاسکتے ہیں۔ یہ عرق دو بڑے تنوں میں تقسیم ہونے کو تیار ہوتا ہے، اسکا سطحی محل ضرر کے لئے اس کو معرا رکھتا ہے، کولے کی حرکتوں کا اثر اس پر بہت زیادہ پڑتا ہے، اور اگر اس کی دیوار مرض زدہ ہو تو ان حرکات کی زیادتی سے اس کو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔

فخذی ورید (femoral vein) کا وریدی التهاب (phlebitis) اس کے بالائی یا زیادہ سطحی حصہ کی کو فنگی سے واقع ہو چکا ہے، اور ران کی بزور خم کردگی کرنے سے بھی اس قسم کا نتیجہ پیدا ہو چکا ہے۔ طویل (کبیر) صافنی ورید اکثر دوائی نما ہوتی ہے۔ صافنی وریدیں (saphenous veins) روائے عویض (fascia lata) کے باہر واقع ہوتی ہیں۔ اور اس لئے ان کو اس سے کوئی سہارا نہیں ملتا۔ عضلی مشقتوں میں وریدوں کے اندر کا دباؤ بعض اوقات بہت بڑھ جاتا ہے اور اس حالت میں صافنی وریدوں کو اکیلے معتد بہ بار برداشت کرنا پڑتا ہے۔ اگر یہ بار مدت تک پڑتا رہے تو عضلی طبقات جواب دے دیتے ہیں اور دوائی نما حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ عصب اعصاب - مقدم ساقی (anterior crural) یا فخذی (femoral)

حرقنی خصری (ilio-psoas) عضلہ پر واقع ہوتا ہے۔ اور یہ کہا جاتا ہے کہ اس عصب کا وجع العصب اور نیز شملر ہج، اس عضلہ کے الہتاب اور خصری خراج سے پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ تنہا اپنے سطحی محل کی وجہ سے ضربات کے لئے معرکہ آمیز ہوتا ہے۔ لی ساقی (genito-crural) عصب (وہ عصب جو معلاقی: cremaster عضلہ کو رد بینچا تا ہے) فخذی مثلث میں سے ایک رشتہ تک ران کو بھیجتا ہے۔ اس عصب کے جو فخذی شریان کے ساتھ ہی اس کے باہر کی طرف واقع ہوتا ہے محل پر کی جلد کی خراش سے بچوں میں خصیہ فوراً باز کشیدہ ہو جاتا ہے۔ زیادہ شدید ہیجان کی حالت میں یہی نتیجہ اکثر بالغوں میں بھی دیکھا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے حمل شوکی کے دوسرے قطنی قطعہ کی حالت کا امتحان کیا جاسکتا ہے۔

571

اس خط کے لمفی غدود کثیر التعداد ہیں اور چونکہ ان میں خراج اکثر واقع ہوتا ہے اس لئے یہ معلوم کرنا ضروری ہے کہ ان کے درآر عروق کہاں کہاں سے آتے ہیں۔ یہ ایک سطحی اور ایک عمیق گروہ پر منقسم ہیں۔ سطحی گروہ جس میں غدود کی اوسط تعداد دس تا پندرہ ہوتی ہے دو گروہوں میں مرتب ہوتا ہے۔ ان میں سے ایک اربی رباط کے متوازی اور قریب ہوتا ہے (افقی سلسلہ)۔ اور دوسرا طویل صافنی ورید کے متوازی اور قریب (انتصابی سلسلہ)۔ عمیق گروہ میں تقریباً چار غدود ہوتے ہیں اور یہ فخذی ورید کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ اور فخذی قنال تک پہنچ جاتے ہیں۔

اربی غدود میں مندرجہ ذیل عروق لطف جاتے ہیں :-
 جارحہ افضل کے سطحی عروق = سطحی غدود کا انتصابی گروہ -
 ششک کے زیرین نصف حصہ کے سطحی عروق = افقی گروہ کے وسطی غدود -
 سرین کی بیرونی سطح کے سطحی عروق = افقی گروہ کے خارجی غدود -
 سرین کی اندرونی سطح کے = افقی گروہ کے اندرونی غدود (ان عروق میں چند انتصابی غدود کو جاتے ہیں)۔

سطحی عروق خارجی اعضائے تناسل سے = افقی غدود - (چند انتصابی گروہ کو چلے جاتے ہیں)۔
 عجان اور مبرز کے سطحی عروق = انتصابی گروہ -

جارحہ اسفل کے عمیق عروق لاف = غدہ کا عمیق گروہ۔
 جو عروق لاف ساد (obturator)، الوی (gluteal) اور سائی (sciatic) ثریانوں اور قضیب کے عمیق عروق کے ساتھ ہوتے ہیں وہ حوض کو چلے جاتے ہیں، اور اربی غدہ سے ان کا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ جارحہ اسفل کے صرف وہی سطحی عروق اربی غدہ کو براہ راست نہیں جاتے جو ٹخنے کی باہر کی اور ٹانگ کی پھپھلی جانب کی سیلیت کرتے ہیں۔ ان رقبہ جات کے عروق قصیر (صغیر) صافنی ورید کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور مابغی (popliteal) غدہ میں ختم ہو جاتے ہیں۔ ان غدہ کے براہ عروق عمیق اربی گروہ کو جاتے ہیں۔

عمیق غدہ میں سے ایک غدہ فخذی قنال میں اور فخذی فاصل (septum femorale) کے اوپر پایا جاتا ہے۔ چونکہ یہ کثیف بافتوں سے گھرا ہوتا ہے اس لئے جب یہ ملہتب ہوتا ہے تو اس سے بہت سی تکلیف اور کولے کی حرکت سے بہت سارے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں اس سے پیدا شدہ معکوس اختلال کی وجہ سے فتنہ مخنوق کے سے علامات پیدا ہو چکے ہیں۔ مقدم ساقی (anterior crural) (فخذی femoral) عصب کی کچھ شاخیں اربی لافی غدہ پر واقع ہوتی ہیں۔ اور سرسائی۔ بروڈی (Sir B. Brodie) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں یہ شاخیں دو کلائی یافتہ غدہ پر اس طرح تنی ہوئی تھیں جس طرح کہ سارنگی کے تار اس کی گھوڑی پر تنے ہوتے ہیں۔ اور اس لئے جارحہ میں شدید درمیا جاتا تھا، اور سنجی حرکات شروع ہو گئے تھے۔

اربئی غدہ کے براہ عروق لافی غدہ کے ایک سلسلہ میں سے گزرتے ہیں جو خارجی او مشترک حرقفی عروق کے ممر کے ساتھ ساتھ پھیلا ہوتا ہے۔ ان میں سے تین غدہ اربی رباط کے عین اوپر واقع ہوتے ہیں۔ غدہ کے داخلی حرقفی گروہ (جس میں حوضی عروق لاف کی سیلیت ہوتی ہے) کے براہ عروق اس سلسلہ سے مل جاتے ہیں جو مشترک حرقفی عروق کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے۔ قطنی غدہ حرقفی گروہوں سے لاف وصول کرتے ہیں، اور دائیں اور بائیں قطنی تنوں کے ذریعہ سے اسے کیلوسی برکہ (cisterna chyli) کو بھیج دیتے ہیں۔

داد الفیل (elephantiasis) جارحہ اسفل میں کسی دوسرے حصہ کی نسبت

زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ اور اس سے جارحہ کی جسامت بے حد بڑھ جاتی ہے (کوچین اور بربدا کی ٹانگ)۔ اس کی امراضیات اربی عروق لطف سے بہت قریبی تعلق رکھتی ہے۔ عروق لطف ایک چھوٹے سے سوئی کیڑے یعنی بن کرافٹ کے خبیثیہ (Filaria bancrofti) سے مسدود ہو جاتے ہیں۔ تقالی بافت کے اندر کے لٹنی عروق اور لٹنی فضائیں ملہب ہو کر بہت تنوع ہو جاتی ہیں۔ اور اس بافت کے عناصر میں بیش پرورش واقع ہو جاتی ہے۔

۳۔ کولے کا جوڑ

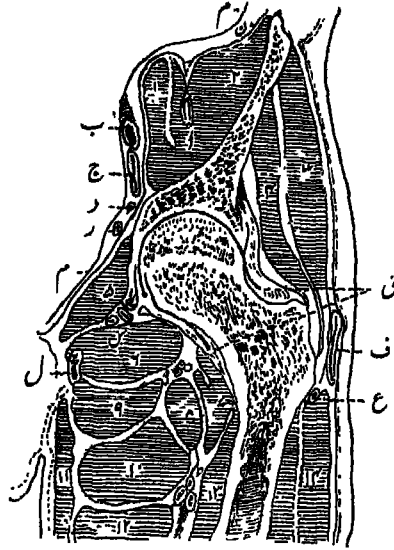
(HIP-JOINT)

کولے کا جوڑ بہت مضبوط ہوتا ہے، اور اس کی وجہ صرف یہی نہیں کہ مفصل ہڈیوں کی شکل کی وجہ سے یہ ایک عمدہ کردی کی مفصل (ball-and-socket joint) بن گیا ہے، بلکہ یہ بھی ہے کہ ان ہڈیوں کو مضبوط رابطہ ملتا ہے، اور عضلی بند کیسہ کو بلا واسطہ سہارا دیتے ہیں۔ لیکن اس جوڑ کو جو رعائیت حاصل ہیں ان کی تخفیف کسی حد تک اس بے حد بیرونی قوت کی وجہ سے جس کا اثر عظم فخذی پر ڈالا جاسکتا ہے، اور ان کثیر التعداد مچھروں اور چوڑوں سے ہو جاتی ہے جو اس جوڑ میں اس کے دھڑ اور ٹانگ کے درمیان واحد واسطہ اتحاد ہونے کی حیثیت سے واقع ہوتی ہیں۔

573

فتیان (acetabulum) مفصلی اور غیر مفصلی حصوں پر منقسم ہے۔ قبل الذکر حصہ کی شکل گھوڑے کے نعل کی طرح کی ہوتی ہے اور اس کا عرض ۱ اور ۱/۲ انچ کے درمیان ہوتا ہے مفصلی رقبہ کے عین اوپر کی ہڈی بہت کثیف ہوتی ہے، اور دھڑ کا وزن اور سے اسی میں سے منتقل ہوتا ہے۔ غیر مفصلی حصہ اس رقبہ کا متنظر ہوتا ہے جو گھوڑے کے نعل سے محصور ہوتا ہے اور بہت تپلی ہڈی سے بنا ہوتا ہے۔ مگر اس میں کسی ایسی چوٹ سے جو فخذی کو حوضی ہڈیوں کے بالمقابل دھکیل دے شانہ ونا درہی کمر واقع ہوتا ہے، کیونکہ ایسی کوئی معمولی قوت نہیں ہے جو ران کی ہڈی کے سر کو لا اسہی ہڈی کے اس نقطہ کے ساتھ ملا دے۔

حوضی خراجات بعض اوقات فحجان کے اس غیر مفصلی حصہ میں سے کولے کے جوڑ پر



شکل ۱۲۸۔ ران کے بالائی ایک تہائی حصہ کی استقبالی تراش جو ان ساختوں کو ظاہر کرتی ہے جو کولے کے جوڑ سے تعلق رکھتی ہیں۔

(بران: Braune کے مطابق)۔

عضلات۔ ۱۔ خصریہ۔ ۲۔ حرقفیہ۔ ۳۔ الویہ وسطیہ۔ ۴۔ الویہ صغیرہ۔ ۵۔ عضلہ سادہ داخلہ۔ ۶۔ عضلہ سادہ خارجہ۔ ۷۔ حرقفینہ خصریہ۔ ۸۔ مشطیہ۔ ۹۔ مقربہ کبیرہ۔ ۱۰۔ مقربہ قصیرہ۔ ۱۱۔ عضلہ ریشیقہ۔ ۱۲۔ مقربہ طویل۔ ۱۳۔ عضلہ وسیعہ داخلہ۔ ۱۴۔ عضلہ وسیعہ خارجہ۔ ۱۵۔ مقدم ساقی عصب۔ ب۔ خنجر حرقفی ثریان۔ ج۔ خارجی حرقفی ورید۔ ۵۔ عصب سادہ۔ ۶۔ شریان سادہ۔ ۷۔ عروق مادہ کی شاخیں جو کولے کے جوڑ کو جاتی ہیں۔ ۸۔ داخلی منحن عروق۔ ۹۔ عمیق فخذی عروق۔ ۱۰۔ خنجر منحن کی شاخ۔ ۱۱۔ عظیم طرفہ کے اوپر کی رجبک۔ ۱۲۔ کیسے کے معکوسات فخذی کی گردن پر۔ ۱۳۔ عظم غائی کی صودی فرع۔ ۱۴۔ باریطون۔ ۱۵۔ حرقفی ردا۔

داخل ہو سکتے ہیں اور کوئے کے جوڑ کے اندر کا خراج بھی اسی راستہ سے حوض میں پہنچ سکتا ہے۔
کوئے کے جوڑ کے تباہ کن مرض کے بعض واقعات میں فنجان کے تینوں ترکیبی اجزاء علیحدہ علیحدہ
ہو جاتے ہیں۔ سن بلوغ تک یہ تینوں ہڈیاں وائی (۷) کی شکل کی غضروف سے ایک
دوسری سے علیحدہ رہتی ہیں۔ اور سن بلوغ پر غضروف میں تعظم شروع ہو جاتا ہے، اور
اٹھارویں سال پر فنجان ہڈی کا ایک سلسلہ تودہ بن جاتی ہے۔ لہذا مرض سے فنجان کی
عکسیت صرف اسی سال سے پہلے ممکن ہے۔

ہر قدرتی حرکت کی حد ان عضلات کی وسعت پذیری سے متعین ہوتی ہے
جو کسی مفصل کو گھیرے ہوتے ہیں۔ کوئے کے جوڑ پر اس امر کا مشاہدہ آسانی کیا جاسکتا ہے
کیونکہ جب گھٹنا بسط کر دگی کی حالت میں ہوتا ہے اور عضلات کا ذہ (hamstring)
(muscles) اس حالت میں تنیدہ ہوتے ہیں تو کوئے کے جوڑ کی خم کردگی رباطات کے
تنیدہ ہونے سے بہت پہلے محدود ہو جاتی ہے۔ رباطات صرف اسی وقت بروئے کار
آتے ہیں جب جوڑ کی عضلی محافظت درہم برہم ہو جاتی ہے۔ کوئے کے جوڑ کی خم کردگی
جب کہ گھٹنا خمیدہ ہوتا ہے نرم حصوں کے کچر ان کے ساتھ چل جانے سے محدود ہو جاتی
ہے۔ اس کی بسط کردگی حرقنیہ حصیر (ilio-psoas) فخذیہ فیور (rectus femoris)
اور حرقنی فخذی یا وائی (۷) نما رباط سے، اور اس کی تبعید عضلات کے مقرب تودہ
اور عانی کیسی (pubo-capsular) رباط سے محدود رہتی ہے۔ خم کردہ جارحہ کی
تقریب الوی نظام عضلی اور رباط مدللجہ (ligamentum teres) اور ور کیسی رباط
سے محدود رہتی ہے۔ باہر کی طرف کی گردش کی مزاحمت عضلہ ناشرہ روئسیہ فخذیہ
(tensor fasciæ femoris)، الویہ وسطیہ (gluteus medius) اور الویہ صغیرہ
(gluteus minimus) کے مقدم حصے اور حرقنی فخذی رباط کرتے ہیں۔ رباط مدللجہ
(ligamentum teres) جو مضبوط رباط نہیں ہے ران کے خم کردگی اور اس کے
باہر کی طرف گھومنے سے تن جاتا ہے۔ مکمل خلع کے تمام واقعات میں یہ منشق ہو جاتا ہے۔
مگر جو رانختں اس جوڑ کی صحت و سلامتی کو برقرار رکھنے میں زیادہ حصہ لیتی ہیں وہ رباطات
نہیں بلکہ وہ مضبوط عضلات ہیں جو اس کو گھیرے ہوتے ہیں اور اس پر عمل کرتے ہیں۔

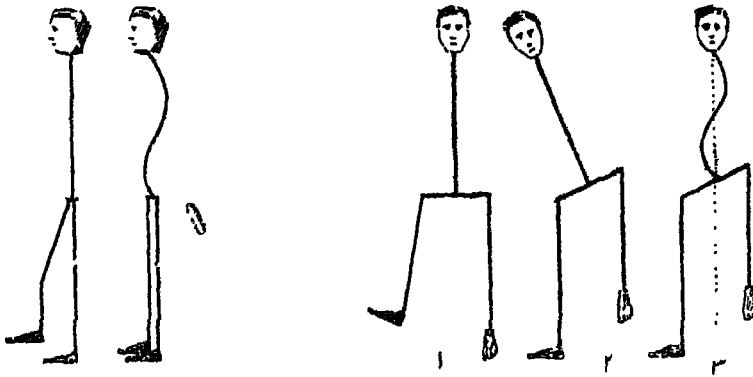
کرہ ہوائی کے دباؤ کا کچھ اثر نہیں پڑتا، کیونکہ کولے کے جوڑ کی تمام لمبھی حرکتوں میں فنجی کے سر کی حرکت سے اگر کوئی فضا خالی ہوتی ہے تو وہ مستعرض کٹاؤ پر کی چربی کے فوجان میں باسانی کچھ آنے سے بڑھ جاتی ہے۔ تمام جوڑوں میں چربی کی دب جانے والی گدیاں موجود ہوتی ہیں تاکہ وہ کرہ ہوائی کے دباؤ کے تغیرات کو جوڑ کی حرکتوں میں مغل ہونے سے باز رکھیں۔

کولے کے جوڑ کا مرض (hip-joint disease)۔ یہ جوڑ گہرا واقع ہونے اور نرم حصوں کی ایک موٹی پوشش کی موجودگی سے (شکل ۱۲۸) ان شدید ضربات سے جن سے دوسرے جوڑوں میں حاد التهاب پیدا ہو جاتا ہے محفوظ رہتا ہے۔ زلابی التهاب (acute synovitis) کولے کے جوڑ میں درحقیقت بہت نادر الوقوع ہے۔ اور اس حصہ کا معمولی مرض اپنی نوعیت میں نمایاں طور پر مزمن ہوتا ہے۔ مزید برآں اس جوڑ کے گہرا واقع ہونے کا ایک نتیجہ یہ بھی ہے کہ جب مرض کے سلسلہ میں پیپ بنتی ہے تو اس میں محسوس رہتی ہے، اور مدت بعد سطح نکلتا ہنچتی ہے۔ لہذا اس خطے کا تفتیح اکثر بہت تباہ کن ثابت ہوتا ہے۔ جب اس جوڑ میں انصباب واقع ہو جاتا ہے تو اس سے پیدا شدہ ورم ان حصوں پر ظاہر ہوتا ہے جہاں کولے کے جوڑ کا کیسہ باریک ترین ج۔ کیسہ کے باریک ترین حصے سامنے کی اور پیچھے کی طرف ہوتے ہیں۔ سامنے کی طرف وائی (۷) کی شکل کے رباط کی اندرونی کورا اور عافی کیسی رباط کے درمیان مثلث شکل کا ایک وقفہ ہوتا ہے، اور پیچھے کی طرف کیسہ کا موخر اور زیرین حصہ باریک ترین ہوتا ہے۔ کولے کے جوڑ میں انصباب پیدا ہونے کی حالت میں ورم انہی خطوں پر پہلے پہل ظاہر ہوتا ہے۔ اور چونکہ ان حصوں پر باسانی دباؤ پڑ سکتا ہے اس لئے اس سے یہ نتیجہ اخذ کیا جاسکتا ہے کہ یہ حصے ان مقامات کے متناظر ہیں جن پر الیمیت نمایاں ترین ہوتی ہے، اور سب سے پہلے شناخت کی جاتی ہے۔ لہذا ان دو کمزور فضاؤں پر ہی خراجات بنتے ہیں اور راستہ بنا کر کولے کے جوڑ کی سطح پر آتے ہیں۔

کولے کے مزمن مرض (chronic hip-disease) میں، اوٹس۔

بعض کاذب اوضاع اختیار کر لیتا ہے جن کے معنی سمجھنا ضروری ہیں۔ ان اوضاع کو مندرجہ ذیل طریقہ سے، جہاں تک ممکن ہو ان کی ترتیب ظہور کے لحاظ سے مرتب کیا جاسکتا ہے۔ (۱) ران خم کردہ، بمقدار ذرا سی بروں گردہ ہوتی ہے۔ اور اس کے ساتھ ہی (۲) جارس میں ظاہری طوالت اور (۳) شوکہ میں فطا (lordosis) پیدا ہو جاتا ہے (شکل ۱۳۰)۔ بعد ازاں (۴) ران مقرب اور دروں گردہ ہو جاتی ہے، اور اس کی وجہ سے جارس میں اظہار ہری تصر پیدا ہو جاتا ہے۔

(۱) پہلی وضع ارد گرد کے عضلات کے لئے صرف آرام کی حالت ہے۔



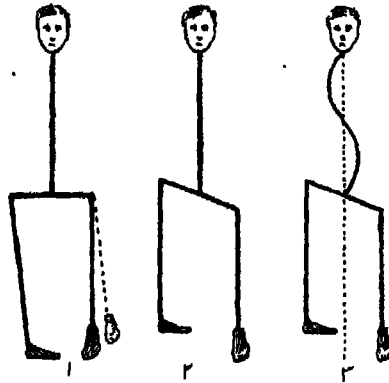
شکل ۱۳۰ - دائیں کولے کا مرض ابتدائی حالت میں۔
۱ - جمید۔ ۲ - پاؤں کو زمین پر لانے کے لئے حوض کا بھکنا۔ ۳ - نیتبہ۔
۴ - طاہری طوالت۔ ۵ - التوا جو جانب کے محور کو پھر بین ماقی مستوی میں لانے کے لئے پیدا ہوتا ہے۔

شکل ۱۳۱ - خم کردگی فطا سے پوشیدہ ہے۔

یہ وہ حالت ہے جس میں یہ جوڑ کی سطحوں پر کم از کم دباؤ ڈالتے ہیں۔ اس وضع میں خم کردگی

577

نمائاں ترین خاصہ ہوتا ہے۔ اس کا اثر بخوبی واضح ہوتا ہے۔ یہ وائی (۷) کی شکل کے رباط کو ڈھیلا کر دیتی ہے جو جارح کے سیدھا ہونے کی حالت میں جوڑ کی سامنے کی طرف کو عبور کرتا ہوا مضبوط بند کی شکل میں تنہا ہوتا ہے۔ عضلہ خصریہ (psoas muscle) کی چسپیدگی قریب ہو جاتی ہیں اور اس کا جوڈ باؤ جوڑ پر پڑتا ہے وہ خم کر دگی کی حالت میں کم ہو جاتا ہے۔ (۲) ظاہری طوالت (apparent lengthening) حوض کے مرض زدہ جانب پر جھک جانے سے پیدا ہوتی ہے جبکہ مریض اپنے جوارح اور دھڑ کو چیت لیٹ کر



شکل ۱۳۱۔ دائیں کولے کے مرض کے متاخر مدارج۔

۱۔ تقریب - ۲۔ مندرست جانب کا جوارح کی متوازی حالت قائم رکھنے کے لئے جھکن - ۳۔ التوا جو جاذبہ محور کو پھر بنی سابق مستوی میں لانیچے لئے پیدا ہوتا ہے۔

ایک خط مستقیم میں لانے کی کوشش کرتا ہے لیکن جب جارح کی مقدم فوقانی حرقفی شوکہ سے لیکر اندرونی کعبیہ تک فی الحقیقت پیمائش کی جاتی ہے تو جارح کے طول میں افزائش ثابت نہیں ہوتی۔ حوض کمزور جارح کی بعد حالت کے لئے گنجائش نکالنے کی غرض سے مرض زدہ جانب پر نیچے کی طرف کو جھکا ہوتا ہے۔

(۳) فلٹا (lordosis) یا شوکہ کا تقدیمی انحناء ظہری قطعی خط میں واقع ہوتا ہے۔ اس کا انحصار جارحہ کی خم کردگی پر ہوتا ہے اور یہ اس کو شش کا نتیجہ ہوتا ہے جو کا ذب ضعیف کو چھانے یا کم از کم اس سے پیدا شدہ دقتوں کو اقل درجہ تک لانے کے لئے کی جاتی ہے (مثلاً ۱۲۹)۔ جب ران مرض کی وجہ سے کولے پر خم کردہ ہو جاتی ہے تو جارحہ اسفل کو شوکہ کے قطعی انحناء کے مقدم انحداب کو صرف زیادہ کرنے سے اس وضع میں رکھا جاسکتا ہے تاکہ وہ سیدھا دکھائی دے۔ ہمارے لئے یہ امر ہمیشہ ذہن نشین رکھنا ضروری ہے کہ صلب کی نشوونما کی تہوں اور کولے کے جوڑوں کی حرکتوں میں ایک باہمی تعلق موجود ہے اور عضلہ حصہ ان دونوں پر عمل کرتا ہے۔ اگر کوئی تحدید کولے کے جوڑ پر موجود ہو تو اس کی تھوڑی سی قطعی حرکت کو زیادہ کرنے سے کر سکتے ہیں اور اس طرح وہ فلٹا (lordosis) پیدا ہو جاتا ہے جو کولے کے جوڑ کے امراض میں دیکھنے میں آتا ہے۔ مریض کولے کے جوڑ کی خم کردگی (جو مرض سے پیدا ہوتی ہو) کے باوجود بستر پر اس طرح جیت لیٹ سکتا ہے کہ اس کے دونوں جوارح بظاہر بالکل سیدھے دکھائی دیں۔ وہ خم کردگی کو شوکہ کا (lordosis) پیدا کرنے سے چھپا لیتا ہے۔ مگر تھامس (Thomas) نے سب سے پہلے یہ ثابت کیا ہے کہ اگر تندرست ران کو پیرٹ پر خمیدہ کرنے سے فلٹا (lordosis) رفع کر دیا جائے تو مریض وہ جانب پر ران کی خم کردہ حالت فوراً ظاہر ہو جاتی ہے۔

(۴) جب مرض ترقی کرتا ہے تو ران زود یا بدیر مقرب اور دروں گردہ ہو جاتی ہے اور پھر بھی خم کردہ ہی رہتی ہے۔ مفصلی سطحوں کی تباہی (یا خصوصاً فنجان کے پچھلے حصہ کی) سے اور کیسے کے فسادِ تعضیہ اور ارد گرد کے عضلی نظام کے متغیر فعل سے جزوی یا مکمل ضلع پیدا ہو جاتا ہے جس سے فخذی کا سر اسلی فنجان کے محل کے پیچھے اور اس کے اوپر چلا جاتا ہے۔ اس حالت میں حقیقی قصر موجود ہوتا ہے۔

(۵) ظاہری قصر (apparent shortening) جو کسی متاخر درجہ پر ظاہر ہوتا ہے اس حالت سے پیدا ہوتا ہے جو عوض کے جھکنے کی اس حالت کے برعکس ہوتی ہے جو مرض کے ابتدائی درجہ میں موجود تھی جبکہ جارحہ حالت تبعید میں تھا۔ جس طریقہ سے عوض بعض اوقات اوپر کی طرف کو اٹھ جاتا ہے اور اس سے مقرب جارحہ کا ظاہری قصر

پیدا ہو جاتا ہے وہ شکل ۱۳۱ میں بخوبی ظاہر کیا گیا ہے بعض ایسے واقعات میں جن میں کولے کے دونوں جوڑوں کا مرض بیک وقت موجود ہوا اور ان کے علاج کی طرف بخوبی التفات نہ کیا گیا ہو دونوں رانیں حالت تقریب میں رہتی ہیں۔ جب مرض دونوں طرف موجود ہوتا ہے تو بوجارح بلاشبہ معمولی ذرائع سے اپنی اپنی صحیح وضع پر آنے کے ناقابل ہوتے ہیں۔ اور اس لئے ایک جارحہ دوسرے کے آگے سے گزر جاتا ہے اور حرکت کا وہ عجیب طریقہ پیدا ہو جاتا ہے جو متصائب الساقین (cross-legged progression) کے نام سے موسوم ہے۔

579 جب کولے کا مرض ہڈی میں شروع ہوتا ہے تو اس سے عام طور پر پس بالہ (metaphysis) یعنی وہ خط ماؤف ہوتا ہے جو بر بالی خط کی در بالی جانب پر ہوتا ہے اور جو فخذی کے سر کو گردن سے متحد کرتا ہے۔ یہ خط تمام کا تمام اس جوڑ کے اندر ہوتا ہے (شکل ۱۲۸)۔ اور جس بر بالہ سے سر بنتا ہے وہ بقیہ ہڈی سے اٹھارویں یا انیسویں سال کے قریب ملتا ہے۔

یہ آیت ہور و معروف ہے کہ کولے کے جوڑ کے مرض کے مریض اکثر گھٹنے کے درد کی شکایت کرتے ہیں۔ یہ درد بعد بعض اوقات اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ مرض کے حقیقی محل سے توجہ منحطف کر دیتا ہے۔ اس درد بعید کا سمجھنا آسان ہے، کیونکہ ان دونوں جوڑوں کو جل شو کی کر ایک ہی قطعہ سے رسد پہنچتی ہے۔ کولے کے جوڑ میں (۱) مقدم ساقی (anterior crural) (فخذی: femoral) کی شاخیں کیسہ کی مقدم جانب پر، اور (۲) عصب ساد (obturator) کی شاخیں کیسہ کے زیرین اور اندرونی حصہ پر، اور (۳) عجزی ضغیرہ اور نسائی عصب کی شاخیں جوڑ کے موخر حصہ پر داخل ہوتی ہیں۔ گھٹنے میں (۱) مقدم ساقی (anterior crural) کی شاخیں [جو اعصاب عضلات وسیعہ (vasti) کو جاتے ہیں] کیسہ کی مقدم جانب پر اور، (۲) عصب ساد (obturator) کی شاخیں کیسہ کے موخر حصہ پر، اور (۳) عظیم نسائی عصب کی داخلی اور خارجی بالضنی قسموں کی شاخیں جوڑ کی جانبی اور عقبی طرفوں پر داخل ہوتی ہیں۔ لہذا جو درد گھٹنے کی ماسینہ کی طرف پر چپنی (patella) کی دونوں جانبوں پر محسوس ہوتا ہے وہ غالباً مقدم ساقی

عصب کے ذریعہ سے ۱ اور جوڑ کی پچھلی طرف کا درد عصب ساد (obturator) اور سائی (sciatic) اعصاب کے ذریعہ سے محسوس ہوتا ہے۔

فخذی کے بالائی سرے کے کسور مندرجہ ذیل اقسام میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں:-
 (۱) گردن کے وہ کسور جو تمام کے تمام کیسے کے اندر واقع ہوں۔ (۲) گردن کے قاعدہ کے کسور جو تمام کے تمام کیسے کے اندر نہ ہوں۔ (۳) گردن کے قاعدہ کے وہ کسور جن میں عظیم طر و غامٹ ہو۔ (۴) ربالہ کی علحدگی۔ بنزدوق کے زخموں کے علاوہ بلا واسطہ فخذی سے فخذی کی گردن کا توڑنا مشکل ہی سے ممکن ہے، کیونکہ یہ ہڈی گہری واقع ہوتی ہے اور ارد گرد کے عضلات کی وجہ سے بخوبی محفوظ ہوتی ہے۔ لہذا جس چوٹ سے یہ ضرر واقع ہوتا ہے وہ تقریباً ہمیشہ بلا واسطہ ہوتی ہے، مثلاً پاؤں یا عظیم طر و غامٹ کے بل گرنے سے یا جارحہ اسفل کے دفعہ مڑوڑے جانے سے۔

580

(۱) صادق میان کسی کسر (intracapsular fracture) سے جوڑ کے اندر گردن کا کوئی ساحصہ بھی ماؤف ہو سکتا ہے۔ مگر یہ کسر سر اور گردن کے مقام اتصال پر نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے (شکل ۱۲۸ صفحہ ۵۷۳)۔

یہ کسر جوڑوں میں زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے، اور ان میں یہ بہت خفیف سی چوٹ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سن رسیدہ اشخاص میں اس ضرر کے وقوع کے امکان کی توجیہ سہرا اور تقویت دینے والی سہکوں کے ذبول اور عضلات کے محافظ معکوسہ کی کمی سے ہوتی ہے۔ پیرانہ سالی میں فخذی کی گردن زیادہ مستعرض رخ اختیار کر لیتی ہے۔ جوانوں میں اس کی گردن پوری کے ساتھ ۱۴۰ درجہ کا زاویہ بناتی ہے، اور بوڑھوں میں یہ زاویہ کم ہو کر ۱۲۰ درجہ کا رہ جاتا ہے۔ اس لئے جب غلط قدم اٹھایا جاتا ہے تو اس میں کسر واقع ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔

یہ کسور شاذ و نادر ہی منفرز ہوتے ہیں۔ مگر جب انفرار واقع ہوتا ہے تو زیرین قطعہ جو نسبتاً چھوٹی اور ٹھوس گردن پر مشتمل ہوتا ہے زیادہ بڑے اور زیادہ شکنجہ قطعہ میں جو اس ہڈی کے سر سے بنا ہوتا ہے گھس جاتا ہے۔

یہ کسر بعض اوقات یا تو زیر گرد عظمی ہوتا ہے اور یا ٹکڑے کیسے کے معکوس حصوں کے

ذریعے سے جڑے رہتے ہیں۔ یہ معکوس ریشے اس ہڈی کی گردن کے ساتھ ساتھ کیسے کی چسپیدگی سے لیکر جو فخذی پر ہوتی ہے سر کے بہت قریب تک چلے جاتے ہیں۔

اس حصہ کے کسور اکثر متحد نہیں ہوتے کیونکہ جسم کے کسی حصہ کو بھی بے حرکت کرنا اتنا مشکل نہیں جتنا کہ فخذی کی چوٹی کو۔ اگر ٹکڑوں کو حالت سکون میں رکھنا مقصود ہو تو فخذی اور حوض دونوں کو ایک مثبت وضع میں ضرور باندھ دینا چاہئے۔ اور ایسا صرف جوارح اسفل اور دھڑ کو بے حرکت کرنے ہی سے ہو سکتا ہے۔ فخذی کے سر تک خون ان عروق سے آتا ہے جو اس ہڈی کی گردن اور کیسہ کے معکوس حصوں میں ہوتے ہیں۔ مگر سن بلوغ میں رباط مدط (ligamentum teres) کے ذریعہ سے خون کی صرف ایک قلیل سی مقدار ہی پہنچتی ہے (والنسلی: Walnsley)۔ ٹکڑوں کی رسد خون کی کمی اکثر ان کے اتحاد کی ناکامیوں کی وجہ بیان کی جاتی ہے، مگر اس تنازعہ فیہ مسئلہ کی تائید کرنے کے لئے کوئی حقیقی شہادت موجود نہیں۔

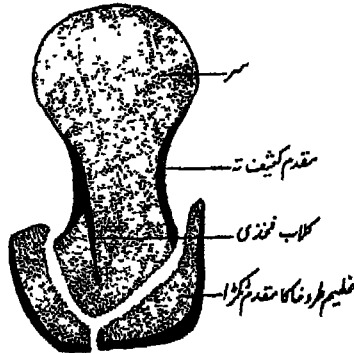
581

(۲) جو کسور گردن کے قاعدہ پر واقع ہوتے ہیں ان کے سلسلہ میں یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ فخذی کی گردن کا ایسا کسر جو بالکل بروں کیسی ہوتی ہے ناممکنات میں سے ہے۔ اور اگر کسر کیسہ کے بالکل باہر واقع ہو تو اس کا عظم فخذی کی پوری کے کچھ حصہ کو ناف کرنا ضروری ہے، اور یہ سب کا سب عین میں سے واقع نہیں ہو سکتا۔ ہڈی کی سامنے کی طرف کیسہ فخذی سے میاں طر و خانی خط پر چسپید ہوتا ہے، اور عین اور پوری کے درمیان کے خط اتصال کی ٹھیک ٹھیک متابعت کرتا ہے۔ نتیجہ کی طرف کیسہ گردن پر موضع میاں طر و خانی خط یا عین سے تقریباً ۱/۲ انچ اوپر بنتی ہوتا ہے۔

جب گردن اور پوری کے مقام اتصال پر کے کسور منفرد ہو جاتے ہیں تو اوپر کا ٹکڑا جو ٹھوس اور نسبتاً چھوٹی گردن پر مشتمل ہوتا ہے عظیم طر و خا اور پوری کے بالائی سرے پر کی شکلی بافت میں گھس جاتا ہے (شکل ۱۳۲)۔ اس انفرز کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ طر و خا بعض اوقات شق ہو جاتا ہے اور اس شکست کی وجہ سے دونوں ہڈیاں باہر آزاد ہو جاتی ہیں۔ عین ٹکڑے کا منفرد حصہ چھیننے کی شکل کا ہوتا ہے جس کی دھار کلاب فخذی (calcar femorale) سے بنتی ہے (شکل ۱۳۲)۔

فخذی کی گردن کے کسر کے علامات کے سلسلہ میں مندرجہ ذیل امور مشاہدہ میں آتے ہیں۔ (۱) جارحہ کی مقدم جانب پر رباط اُربی کے عین نیچے جو ورم دیکھنے میں آتا ہے وہ یا تو جوڑ میں نخون کے منصب ہونے، یا کیسہ کی مقدم جانب پر ٹکڑوں کے ابھر آنے سے پیدا ہوتا ہے۔ (ب) قصر عضلات الویہ (glutei)، عضلات کا ذہ (hamstrings)، عضلہ ناشہ روائیہ فخذیہ (tensor fasciae femoris)، عضلہ مستقیمہ (rectus)، عضلہ خیاطیہ (sartorius)، اور عضلہ حرقنیہ خصریہ (ilio-psoas)، مقربا (adductors)، عضلہ رشتیقہ (gracilis)، اور عضلہ مشطیہ (pectineus) کے ذریعہ سے پیدا ہوتا ہے۔

582



شکل ۱۳۲۔ کلاب فخذی اور اس کے تعلقات عظم فخذی کی گردن کے منفرد کسور کے ساتھ۔ (ارلیف تھامپسن: Ralph Thompson)۔

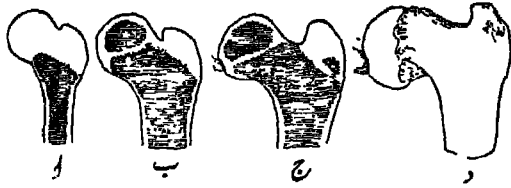
(ج) جارحہ کی بروں گردی یا باہر کی طرف کی گردش زیادہ تردد و اسباب سے پیدا ہوتی ہے۔ (۱) جارحہ کے وزن سے جو اس کو باہر کی طرف کو گھما دیتا ہے جیسا کہ بے ہوش یا سوئے ہوئے اشخاص میں دیکھنے میں آتا ہے۔ اور اس کی وجہ یہ ہے کہ خط جاذبہ ران کے بیرونی حصہ میں گزرتا ہے۔ (۲) اس امر کی وجہ سے کہ گردن کی موخر جانب کی بستہ بافت مقدم جانب کی نسبت بہت زیادہ پھوٹک ہوتی ہے۔ چنانچہ عنق میں جو کسر پیچھے کی طرف واقع ہوتا ہے

وہ سامنے کے کسر کی نسبت اکثر زیادہ وسیع ہوتا ہے، یا کسریں اوقات پیچھے کی طرف منحرف ہوتا ہے مگر آگے کی طرف منحرف نہیں ہوتا، اور جارحہ کا رجحان ہر حالت میں بروں گردہ ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ تیسرا سبب حرقفہ نصیری (ilio-psoas)، مقسریہ (adductor)، مشطیہ (pectineus) اور جھوٹے گردانندہ عضلات کا فعل بیان کیا جاسکتا ہے۔ ان سب عضلات کا رجحان فخذی کو باہر کی طرف کو گھمانے کی طرف ہوتا ہے۔

(۳) گردن کے قاعدہ کے کسور جن میں عظیم طر و خا شامل ہوتا ہو۔ اس ضرر میں سر، گردن، اور طر و خا کا بہت سا حصہ پوری اور بقیہ طر و خا سے علیحدہ ہو جاتا ہے۔

(۴) بر بالوں کی علمدگی۔ فخذی کے بالائی حصہ میں تین بر بالے ہوتے ہیں۔

583



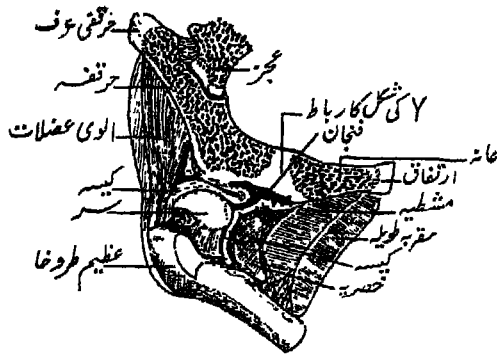
شکل ۱۳۳ فخذی کے بالائی سرے کے تغلم اور قلع النوض کی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔
(السی : Elmslie کے مطابق)۔

- ۱۔ بالائی سرا پیدائش پر۔
- ب۔ " دوسرے سال پر۔
- ج۔ " چوتھے سال پر۔
- د۔ " اس فخذی کا جو قلع النوض کے مریض سے حاصل کی گئی تھی۔

ایک سر کے لئے جو ۱۸ اور ۱۹ سال کی عمر کے درمیان مل جاتا ہے۔ ایک صغیر طر و خا کے لئے جو ۱۷ سال کی عمر کے قریب متحد ہوتا ہے۔ اور ایک عظیم طر و خا کے لئے جو تقریباً ۱۸ سال کی عمر پر متحد ہوتا ہے۔ گردن پوری کے تغلم کی توسیع سے بنتی ہے (شکل ۱۳۳)۔ سر کا بر بالہ

کلاہ نما ہونے، اور اپنے بر بالی خط کے فخذی کے محور سے متعصاً مرتب ہونے، اور نیز اپنے دروں کی محلی کی وجہ سے علمودہ ہونے سے محفوظ رہتا ہے۔ مگر اس بر بالہ میں ایک عجیب قسم کا خلع واقع ہوتا ہے جس سے ضربی فدع النوض (coxa vera) پیدا ہو جاتا ہے۔ بر بالہ بتدریج نیچے کی طرف کو جھک جاتا ہے جس سے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ فخذی کی گردن جسم کے وزن سے جھکی جا رہی ہے اور پوری سے ۹۰ درجہ کا زاویہ بنانے لگی ہے۔ ایسا نوعمر جوانوں میں ہوتا ہے۔ طر و خا کے ارتفاع اور جارحہ کے قصر سے جو اس کا لازمی نتیجہ ہوتا ہے یہ حالت غلطی سے فخذی کی گردن کا کسر یا کوئے کے جوڑ کا خلع تصور کی جا سکتی ہے۔ ششلی حالتوں میں اس کے

584.



شکل ۱۳۲۔ کوئے کا خلقی خلع۔

یہ شکل ایک نمونہ کی ہے جو لندن ہاسپٹل میڈیکل کالج میوزیم کے لئے مسٹر اوپن شا (Mr. Openshaw) نے پیش کیا تھا۔ یہ چار سال کے ایک بچہ سے حاصل کیا گیا تھا۔

برعکس حالت رُوح النوض (coxa valga) پیدا ہو جاتی ہے۔ گردن کا زاویہ ۱۲۵ درجہ یا اس سے زائد ہوتا ہے۔ عظیم طروخا بعض اوقات علمودہ ہو جاتا ہے۔ سر اور عظیم طروخا کے بر بالی خطوط گردن کے متعصماً ہونے تک سلسل ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۳۳)۔

کوئے کے خلوع (dislocations of the hip)۔ مضرات اس مفصل کے

بہت مضبوط ہونے کی وجہ سے نسبتاً نادر الوقوع ہیں۔ اور جب یہ تندرست جوڑ میں واقع ہوتے ہیں تو یہ ہمیشہ بہت سخت چوٹ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ کولے کے جوڑ کا خلع بعض اوقات خلقی ہوتا ہے اور بعض اوقات عضلی کوششوں سے از خود پیدا ہو جاتا ہے جیسا کہ بعض نادر الوقوع حالتوں میں دیکھنے میں آتا ہے، یا مفصل کے مرض کا نتیجہ بھی ہوتا ہے۔

کولے کے جوڑ کا خلقی خلع (congenital dislocation) اکثر مثالوں میں فنجان کے نمو کے ناقص رہنے سے پیدا ہوتا ہے۔ ایسی حالتوں میں فنجان اتھلی رہتی ہے جیسا کہ جنینی زندگی کے دوسرے عینے میں دیکھنے میں آتی ہے۔ فنجانی گھیرے کی بروں بالیدگی خاصہ حرقفی حصہ میں واقع نہیں ہوتی۔ فنجانی کہفہ کیسہ کے (جو بے حد ڈھیلا ہوتا ہے) دہراؤ سے پُر ہو جاتا ہے (شکل ۱۳۲)۔ رباط مستدیر یا قوعلی حالہ ہوتا ہے اور یا ناقص النمو ہوتا ہے۔ فخذی کا سر چپٹا ہو جاتا ہے اور گردن چھوٹی ہو جاتی ہے اور جب بچہ چلنا سیکھتا ہے تو یہ ہڈی ظہر الحرقفہ (dorsum ilii) پر پیچھے کی طرف کو پھسل جاتی ہے۔ جسم کا وزن کولے کے جوڑ کے ارد گرد کے عضلات اور رباطات برداشت کرتے ہیں، اور مریض کی رفتار بطح کی چال کے مشابہ ہوتی ہے۔ اگر سر کو اپنی جگہ پر واپس پہنچا دیا جائے تو یہ اٹھلے کہفہ سے پھر پھسل جاتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد حرقفہ کی عظمی زائیدی (osteophytic) بروں بالیدگی سے جدید کہفہ لیار ہو جاتا ہے۔ یہ بدشکلی لاکوں کی نسبت لڑکیوں میں تقریباً نوگن کثرت سے واقع ہوتی ہیں (فیئر بینکس: Fairbanks)۔

تشدد سے پیدا شدہ خلوع میں ہڈی کا سر چار سمتوں میں سے کسی ایک سمت میں ٹل جاتا ہے اور اس سے چار باقاعدہ خلوع پیدا ہوتے ہیں۔ دو میں فخذی کا سر اس خط کے جو فنجان میں سے عموداً کھینچا جائے پیچھے واقع ہوتا ہے، اور دوسرے دو میں یہ اس خط سے آگے ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۳۵-۱۳۶ اور ۱۳۷)۔

۱۔ ظہر الحرقفہ (dorsum ilii) پر کے خلع میں سر پیچھے کی اور اوپر کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ اور حرقفہ پر فنجان کے عین اوپر اور پیچھے واقع ہوتا ہے۔ عضلہ مادہ داخل (obturator internus) پھسل جاتا ہے۔

۲۔ نسائی کٹاؤ (sciatic notch) کے اندر کے خلع میں سر پیچھے کی طرف

نادریدہ عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کے نیچے چلا جاتا ہے، اور عظم وری پر عام طور پر وری کی شوک کے لیول کے قریب قریب متکین ہو جاتا ہے۔

۳۔ سادی یا درقی خلوع (obturator or thyroid dislocation)

یہ آگے کی اور نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور درقی سورخ پر متکین ہو جاتا ہے۔

۴۔ عظم عانی پر جو خلوع واقع ہوتا ہے اس میں سر آگے کی اور اوپر کی طرف کو چلا جاتا ہے اور عظم عانی کے جسم پر اس کے اور عظم حرقفی کے مقام اتصال کے قریب واقع ہوتا ہے۔

ان خلوع کی کثرت وقوع کی ترتیب سرسری طور پر (۱) ۵۰ فی صدی، (۲) ۲۵ فی صدی، (۳) ۱۵ فی صدی، (۴) ۱۰ فی صدی ہے۔

عمومی امور۔ کولے کے ان تمام باقاعدہ خلوع میں (۱) خلع اس وقت واقع ہوتا ہے جبکہ جارحہ حالت تبعید میں ہو۔ (ب) کیسہ کا انشقاق ہمیشہ موخر اور زیرین حصہ پر ہوتا ہے۔ (ج) ہڈی کا سر پہلے ہمیشہ کم و بیش براہ راست نیچے کی طرف کو جاتا ہے۔ (د) وائی (۷) کی شکل کا رباط نادریدہ رہتا ہے اور رباط مد الحسم (ligamentum teres) منقطع ہو جاتا ہے۔

586

(۱) یہ کہا جاتا ہے کہ کولے کے تمام خلوع میں حادثہ کے وقت حوض اور عظم فنی موخر الذکر کی تبعید کی باہمی وضع میں ہوتے ہیں۔ فحجان کا زیرین اور اندرونی حصہ بہت اٹھلا ہوتا ہے۔ اور کیسہ کا زیرین اور موخر حصہ بہت پتلا ہوتا ہے۔ حالت تبعید میں ہڈی کا سر فحجان کے اٹھلے حصہ میں آ جاتا ہے، اور اس کا نصف سے زیادہ حصہ اس کہفہ سے باہر نکل جاتا ہے! اور کیسہ کا صرف باریک اور کمزور حصہ ہی اس کو سہارا دیتا ہے۔ اور سمت تبعید میں اس کی آئندہ ترقی صرف عانی کیسی رباط ہی سے محدود ہوتی ہے جو کسی قدر کمزور رباط ہے۔ تبعید میں رباط مستدیر ڈھیلا ہوتا ہے، اور تبعید معہ خم کردگی میں وائی (۷) نما اور وری کی کیسی رباطات بھی ڈھیلا ہو جاتے ہیں۔ اس لئے حالت تبعید میں ہڈی کے سر کو کیسہ کے زیرین اور موخر حصہ میں سے باہر نکالنے اور اسے نیچے کی طرف لے آنے کے لئے زیادہ قوت درکار نہیں ہوتی۔

(ب) مذکورہ بالا امر کو صحیح تسلیم کرنے سے یہ معلوم ہو جائے گا کہ کیسہ کا انشقاق ہمیشہ اس کے موخر اور زیرین حصہ میں واقع ہوتا ہے۔ ”اس انشقاق کے کنارے بالعموم پٹے ہوتے ہیں، اور یہ بے قاعدہ ہوتا ہے۔ مگر یہ کم و بیش براہ راست فنجان کے اگلے کھیرے کے قریب سے شروع ہو کر کیسہ کے پتلے حصہ میں سے گزر کر عظم فخذی کے صغیر طرف ونا کے قریب تک جاتا ہوا، اور یہاں سے اس رباط کی پچھلی طرف کے ساتھ ساتھ اس مقام کے نزدیک پہنچتا ہوا پایا جائے گا جہاں یہ رباط اس ہڈی کی گردن سے چسپیدہ ہوتا ہے“

(سر ہنری مورس: Sir Henry Morris)۔



شکل ۱۳۵۔ ظہر الحرقصہ پر کا خلع۔
(بگلو: Bigelow)۔

(ج) اگر جارحہ کی اس وضع کا خیال رکھا جائے جو وقوع حادثہ پر ہوتی ہے تو یہ معلوم ہو جائے گا کہ عظم فخذی ہر ایک حالت میں نیچے کی طرف کو ٹلیگی۔ اور یہ ایک واقعہ ہے کہ جوڑ کا صرف ایک ہی ابتدائی خلع ہے۔ اور وہ نیچے کی طرف کا ہے۔ اور مذکورہ بالا چاروں قسمیں ثانوی ہیں۔ ان میں سے ہر ایک قسم میں ہڈی دوسرے متذکرہ اوضاع اختیار کرنے سے پہلے نیچے کی طرف کو جاتی ہے۔

(د) حرقصہ فخذی رباط کسی باقاعدہ خلع میں کبھی نشق نہیں ہوتا۔ یہ بہت کثیف ہونے اور خلع کے وقت شائد کم و بیش ڈھیلا رہنے کی وجہ سے بجا رہتا ہے۔ دست و رزی سے ان خلوع کی

کامیابی سے ترجیح کرنے کے طریقہ کا انحصار زیادہ تر حرقصہ فخذی یا وائی رباط (Y-ligament) کے سالم رہنے پر ہوتا ہے جو اس بیرم کے لئے جس کا طویل بازو فخذی کی پوری اور قصیر بازو اس کی گردن ہوتا ہے نصاب (fulcrum) کا کام دیتا ہے۔ خلفی خلوع میں سروائی (۷) نما رباط کے پیچھے اور مقدم خلوع میں اس کے سامنے ہوتا ہے۔

کولے کے خلع کی ہر ایک قسم کی تشریح۔ ۲۰۱۔ خلفی خلع (dislocation)

(backwards) شکل ۱۱۲۵۔ عظم فخذی کا سر جب مذکورہ بالا طریقہ سے ٹل جاتا ہے تو ابتدائی طاقت اور عضلات الویہ (glutei)، عضلات کا ذہ (hamstrings)، اور عضلات مقربیہ (adductors) اس کو ظہر یا نسائی کٹاؤ کی طرف لے جاتے ہیں۔ ہڈی اپنا عمومی رخ پیچھے کی طرف کو اختیار کرنے کے بعد جس بندی تک پہنچتی ہے اس کا انحصار زیادہ تر خلع پیدا کرنے والی قوت اور نیز کیہ کے انشقاق کی وسعت اور عضلہ سادہ داخلہ (obturator

internus) اور دوسرے خارجی گردانندہ عضلات کے اوتار کی دریدگی پر ہوتا ہے۔

لہذا ظہری خلع نسائی خلع کا ایک زیادہ ترقی یافتہ درجہ ہے۔ حادثہ کے وقت خم کردگی اور اندرونی گردش جتنی انتہائی ہوگی اتنا ہی خلع کے نسائی ہونے کا زیادہ امکان ہوگا۔ زیادہ

588

متوسط خم کردگی اور اندرونی گردش سے ظہر پر کا خلع پیدا ہوتا ہے۔ ظہری خلع میں سر عضلہ سادہ داخلہ

(obturator internus) کے وتر کے اوپر ہوتا ہے اور نسائی میں یہ اس کے نیچے ہوتا ہے

(بگلو: Bigelow)۔ ان خلفی خلوع میں عضلہ

حرقصیہ خصریہ (ilio-psoas) بہت تنیدہ ہو جاتا

ہے۔ عضلہ فخذیہ مربع (quadratus femoris)

عضلات سادہ (obturators)، عضلات توامیہ

(gemelli)، اور عضلہ کثریہ (pyriformis)

کم و بیش دریدہ ہو جاتے ہیں۔ عضلہ مشطیہ

(pectineus) اکثر دریدہ ہو جاتا ہے۔ اور

عضلات الویہ بھی کسی قدر نشوونما ہو جاتے ہیں۔

نسائی عصب (sciatic nerve) بعض اوقات

فخذی کی گردن اور گردانندہ عضلات کے درمیان یا اس ہڈی کے سر اور حدیبہ ور کے کے

درمیان مضبوط ہو جاتا ہے۔ دونوں خلفی خلوع میں قصور اس لئے پیدا ہو جاتا ہے کہ اس

ہڈی کے اوپر کی اور پیچھے کی طرف ٹل جانے سے مقدم فوقانی ثنوکہ اور فخذی ثنولوں کے

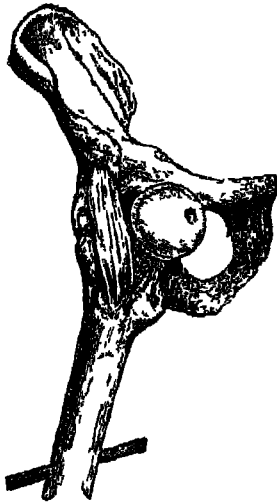


شکل ۱۳۶۔ سادہ درقی خلع۔

(بگلو: Bigelow)۔

درمیان کا فاصلہ کم ہو جاتا ہے۔ تقریباً اور دروں گردیدگی کا زیادہ تر انحصار سراور گردن کی وضع پر ہوتا ہے جن کا اس ہڈی کے تنوی کی متابعت کرنا جس پر کہ یہ واقع ہوتے ہیں لازمی ہوتا ہے۔ یہ وضع تنیدہ والی (۷) نما رباط سوز قرار دیتی ہے۔ جو نقصان بڑے بڑے بروں گردانندہ عضلات کو پہنچ جاتا ہے اس سے یہ بھی مزاحمت کرنے سے معذور ہو جاتے ہیں۔ خم کردگی والی (۷) نما رباط اور عضلہ حرقفیہ (ilio-psoas) کی تنیدگی سے پیدا ہوتی ہے۔

۴۲۔ مقدم خلع۔ اگر سر فحان میں سے نکلنے کے بعد اس وقت (socket) کی اندرونی کور کے ساتھ ساتھ ذرا آگے کی طرف کو چلا جائے تو درقی (thyroid) خلع پیدا 589



شکل ۱۳۷۔ عظیم عانی کے اوپر کا خلع۔

(Bigelow: -)

ہو جاتا ہے (شکل ۱۳۶)۔ اور اگر یہ اور آگے بڑھ جائے اور اوپر کی طرف کو چلا جائے تو اس کا نتیجہ عانی وضعیت ہوتی ہے (شکل ۱۳۷)۔ اس لئے مؤخر الذکر خلع بل لنگر کی صرف ایک ترقی یافتہ حالت ہی ہے۔ اس امر کا انحصار کہ آیا سر درقی سورخ میں رہے گا یا عظیم عانی پر چڑھ جائے گا بسط کردگی اور بیرونی گردش کے بغیر وضعیت کے ساتھ موجود ہونے پر ہے۔ اگر یہ حالتیں موجود ہوں تو عانی قسم پیدا ہو جاتی ہے۔ ان ضربات میں عضلہ مشطیہ (pectineus) عضلہ رشیتیہ (gracilis) اور عضلات مقربہ (adductors) کم و بیش دریدہ ہو جاتے ہیں اور عضلات کمریہ (pyriform muscles) بہت تنیدہ ہو جاتے ہیں۔ عصب سار بعض اوقات تنیدہ یا دریدہ ہو جاتا ہے۔ اور عانی خلع میں مقدم

ساقی (anterior crural) عصب بعض اوقات ماؤف ہو جاتا ہے۔ ان خلوع میں بارہ کی جو تبعید اور بروں گردیدگی دیکھنے میں آتی ہے اس کا انحصار کسی حد تک سر [جو والی (۷) نما

رابط سے مثبت ہوتا ہے۔ کی وضع پر اور کسی حد تک الوی عضلات اور بعض چھوٹے خارجی برون گردانندہ عضلات کے فعل پر ہوتا ہے جو مضبوطی سے تنیدہ ہوتے ہیں۔ جارحہ کی خم کردگی زیادہ تر عضلہ حرقنیہ خصریہ (ilio-psoas) کی تنیدگی سے پیدا ہوتی ہے۔ کہا جاتا ہے کہ درقی خلع میں جارحہ کے طول میں اضافہ ہو جاتا ہے، مگر یہ طوالت صرف ظاہری ہوتی ہے اور حوض کے ماؤف جانب کی طرف جھک جانے سے پیدا ہوتی ہے۔ عانی خلع میں قصور واقع ہو جاتا ہے، کیونکہ سرفنجان کے لیول سے اوپر چلا جاتا ہے۔

590

دست ورزی سے ان خلوع کی ترجیح کرنے کے طریقوں کے متعلق یہاں کچھ نہیں کہا جاسکتا۔ لیکن معمولی دستور العمل کا مختصر سا خلاصہ دیا جاسکتا ہے۔

اول - خلع ۲ میں ران کی مقرب حالت میں
خم کردگی کی جائے۔
تاکہ حرقنی فخذی رابط یا وائی (۷) نا
رابط ڈھیلا ہو جائے۔
خلع ۳ و ۴ میں ران کی مبعد حالت میں
خم کردگی کی جائے۔

دوم - ۲ او ۱ میں باہر کی طرف کو چکر دیا جائے۔ تاکہ سراسر راستہ سے جس سے یہ باہر گیا ہے
۳ و ۴ میں اندر کی طرف کو چکر دیا جائے۔ کیسے کے اشتقاق میں واپس لایا جاسکے۔
سوم - تمام حالتوں میں بسط کردگی کی جائے۔ تاکہ سرفنجان میں از سر نو داخل کر دیا جائے۔
کولے کے خلوع کی ترجیح کرتے وقت یہ معلوم ہو جائے گا کہ عظم فخذی کے اندرونی قندال کا منہ تقریباً اسی طرف کو ہوتا ہے جس طرف کو اس کے سر کا رخ ہوتا ہے۔

کولے کے جوڑ پر ران کا ہنر کرنے کے لئے بہت سے طریقوں کا استعمال کیا جاتا ہے، مگر اتفاق رائے اس امر پر ہے کہ عمل کو اس طرح ترتیب دینا مناسب ہے کہ ابتدائی شکاف ہی میں فخذی عروق محفوظ کئے جاسکیں۔ ریکٹ نما شکاف سے جوڑ کو علیحدہ کرنے میں شکاف کا وہ حصہ جو دستہ کو ظاہر کرتا ہے فخذی شریان کے اوپر کے ۳ انچ پر واقع ہوتا ہے۔ اور یہ اربی رابط سے شروع کیا جاتا ہے، اور بالیلچی حصہ عانی شوک کے ۴ انچ نیچے ہو کر جارحہ کی اندر کی طرف کے گرد سے لاکر عظیم طر و نا کے نیچے بیرونی جانب پر پہنچا دیا جاتا ہے فخذی شریان کے سطحی نشانات صفحہ 586 پر دئے گئے ہیں۔ عمیق فخذی شریان اور اس کی منحن

591

(circumflex) شانوں کا مبداء رانی رباط سے تقریباً $\frac{1}{2}$ انچ نیچے واقع ہوتا ہے۔ لیکن یہ اکثر اس سے $\frac{1}{2}$ انچ اوپر یا نیچے ہوتا ہے۔ مشترک فخذی (common femoral) کوئلے کے جوڑ سے عضلہ خصر سے کے ذریعہ سے علحدہ ہوتی ہے۔ فخذی عصب اس کی اندرونی جانب کے قریب اور مقدم ساقی (anterior crural) عصب اس کے باہر کی جانب پر اس سے $\frac{1}{2}$ انچ کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۸ صفحہ ۵۷۳)۔ نسائی (sciatic) اور ساد (obturator) شریانیں بھی ران میں داخل ہوتی ہیں اور ان کو باندھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ جو اعصاب کاٹے جاتے ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں: خارجی، وسطیٰ اور داخلی جلدی، مقدم ساقی کی داخلی صافنی اور عمیق عضلی شاخیں، عصب ساد اور عظیم اور صغیر ذیلی اعصاب۔ اور جو عضلات کاٹے جاتے ہیں وہ یہ ہیں: عضلہ خیاطیس (sartorius) عضلہ باسطہ ساقیہ مربعہ (quadriceps extensor cruris)، مقربہ کبیرہ اور طویلہ عضلہ رشیقیہ (gracilis)، اور عضلات کاڈہ (hamstrings)۔ اس جوڑ کا کیسہ کاٹ دیا جاتا ہے اور فخذی کا سروق (socket) میں سے باہر کھینچ کر باڈیج (ligamentum teres) کو کاٹ دیا جاتا ہے۔ مندرجہ ذیل ساختوں کی چسپیدگیوں کو فخذی کے بالائی ایک تہائی حصہ سے علحدہ کرنا ضروری ہوتا ہے، عضلات الوحید کبیرہ (gluteus maximus) دو وسطیہ (medius)، و صغیرہ (minimus)، عضلہ کثیرہ (pyriformis)، عضلات توامیہ (gemelli)، عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) و خارجہ (externus) عضلہ فخذیہ مربعہ (quadratus femoris)، عضلہ مقربہ کبیرہ (adductor magnus) و قصیرہ (brevis)، عضلہ مشطیہ (pectineus)، عضلہ خصریہ (psoas)، عضلہ صر قفیہ (iliacus) معہ کسی رباط کے۔ اگر یہ علیہ ضعیف مرض کے لئے کیا جائے تو ان جملہ عضلات کو ان کے مبادی کے قریب سے جو حوض پر ہوتے ہیں کاٹنا چاہئے اور ترقیاً یا سالم نکال دینا چاہئے۔

باب بست و سوم

ران

592

(THIGH)

ران کی اصطلاح کے تحت جارحہ اسفل کے اس حصہ کا بیان کرنا موزوں ہوگا جو مذکورہ سابقہ حصوں اور گھٹنے اور ماہی (popliteal) فضا کے خطوں کے درمیان ہوتا ہے۔ سطحی تشریح۔ عضل اشخاص میں ران کا خاکہ بے قاعدہ ہوتا ہے۔ لیکن جن اشخاص کے عضلات کم نمویافتہ ہوں اور ان میں زیر جلدی چربی کافی مقدار میں موجود ہو ان میں جارحہ کا یہ حصہ کم و بیش یکساں طور پر مستدیر ہوتا ہے۔ عضلہ مستقیمہ کا فراز ران کی مقدم جانب پر خاص کر جب کہ یہ عضلہ اپنا فعل کر رہا ہو دکھائی دیتا ہے۔ اس ساخت کی اندرونی جانب پر وہ فراز ہوتا ہے جو عضلہ وسیعہ داخلہ (vastus internus) (وسطیہ: medialis) سے بنتا ہے اور یہ ران کے زیرین نصف پر نمایاں ہوتا ہے۔ عضلہ مستقیمہ کی بیرونی جانب پر کا تو وہ عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) (جانبیہ: lateralis) سے بنا ہوتا ہے اور جارحہ کے اس خط کے زیادہ تر حصہ میں واقع ہوتا ہے، مگر نیچے جا کر یہ زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔ ران کی مقدم اور اندرونی جانب پر ایک نشیب فخذی مثلث (Scarpa's triangle) سے لیکر نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے جو عضلہ ذواربستہ الرؤس (quadriceps) اور مقربات (adductors) کے درمیان کے وقفہ کو ظاہر کرتا ہے۔ اس میزب کے ساتھ ساتھ

عضلہ خیاطیہ (sartorius) واقع ہوتا ہے۔ عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) کی سطح پر ایک طولانی نشیب اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔ جو رباط عریض (fascia lata) کے برہنہ اور قریبی قبضیدنی بند (ilio-tibial band) کا دباؤ پڑنے سے بنتا ہے۔ عضلہ کشادہ (hamstrings) مابقی فضا سے اور ایک دوسرے سے تمیز نہیں کئے جاسکتے۔ اور نہ مقرباً ہی سے ان کی علیحدگی شناخت کی جاتی ہے، مگر عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) سے ان کی علیحدگی نمایاں ہوتی ہے۔ اور یہ خارجی بین عضلی فاصلہ (external intermuscular septum) کی متناظر ہوتی ہے۔ فخذی عروق کے خط کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (صفحہ 566)۔ طویل صافنی (long saphenous) ورید ران میں عضلہ خیاطیہ (sartorius) کے ممر کی متابعت کرتی ہے۔ اور سطح پر یہ اس خط سے ظاہر کی جاسکتی ہے جو صافنی فتحہ (صفحہ 566) سے لیکر عضلہ خیاطیہ کے موخر کنارہ تک عظم فخذی کے اندرونی (وسطانی) قنارے کے لیول پر کھینچا جائے۔ طویل صافنی عصب (long saphenous nerve) فخذی شریان کے ممر کی متابعت کرتا ہے۔ پہلے یہ اس عرق کے باہر کی طرف واقع ہوتا ہے اور پھر اس کو بتدریج محصور کر جاتا ہے۔ ران کے زیرین ایک چوتھائی حصہ میں یہ عصب عضلہ خیاطیہ (sartorius) کے نیچے گھٹنے کی اندرونی جانب کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ اور قنمی شریان (anastomotic artery) کی سطحی (صافنی) (saphenous) شاخ اس کی رفیق ہوتی ہے۔ اگر جراحی کچھلی جانب پر عظم طر و خا اور حدیبیہ ورکی (tuber ischii) کے درمیانی فاصلہ کے نقطہ وسطی سے لیکر گھٹنے کی کچھلی طرف کے وسط تک ایک خط کھینچا جائے تو وہ عظیم نسائی عصب (great sciatic nerve) اور اس کے تسلاات میں سے ایک یعنی داخلی مابضی (internal popliteal) یا قبضیتی (tibial) متناظر ہوگا۔ یہ عظم تمام عام طور پر ران کے وسط سے ذرا نیچے دو شاخوں میں تقسیم ہوتا ہے۔

ران کی جلد باہر کی جانب پر موٹی ہوتی ہے مگر اندر کی طرف یہ باریک اور نازک ہوتی ہے۔ اور اس لئے ٹیرش کے جلدی پیوندوں (Thiersch's skin-grafts) کے حاصل کرنے کے لئے بہت موزوں ہوتی ہے۔ یہاں یہ خواب طریقہ سے پٹیاں باندھنے اور جیرے لگانے سے آسانی سے تسخ ہو جاتی ہے۔ ماتحت حصوں سے یہ صرف ڈھیلی چسپیدہ

ہوتی ہے اور یہ ایک ایسی حالت ہے جو اس خط پر کے مدور تھور کی سرانجام دہی میں بہت سہولت پیدا کرتی ہے۔ بہر کیف ایک جگہ پر یہ ذرا زیادہ چسپیدہ ہوتی ہے یعنی اس میں زیادہ جو عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) کو عضلات کا فہم (hamstrings) سے علیحدہ کرتا ہے اور جو بیرونی بین عضلی فاصل کا متناظر ہوتا ہے۔ زیر جلدی بافت کا ڈھیلا پن جلد کے نیچے وسیع وعابدریوں کے واقع ہونے کی تائید کرتا ہے۔ اور اسی کی وجہ سے جارحہ کے اس حصہ کے ضربات میں جلد کے بڑے بڑے دامن پھٹ جاتے ہیں۔

ردائے عریض (fascia lata) جارحہ کو حسیست آستین کی طرح محصور کرتی ہے

594

اس کا بیرونی حصہ سب سے زیادہ موٹا ہوتا ہے اور یہاں اس سے کثیف حرقفی قصبیتی (ilio-tibial) بند بنتا ہے۔ ران کی بالائی اور اندرونی سطوح پر جہاں یہ عضلات مقربہ کو پوشیدہ کرتی ہیں یہ باریک ترین ہوتی ہے۔ گھٹنے کی سامنے کی جانب کے قریب پہنچنے پر اس معتد بہ طاقت آجاتی ہے اور قصبیتی (tibia) اور پھپھی (patella) کے حاشیوں سے چسپیدہ ہو جاتی ہے۔ یہ ردا خاص کر اپنے بیرونی حصہ پر سلعات اور خراجات کی بالیدگی کو مزاحم آتی ہے، اور خون کی عمیق وعابدریوں کو محدود کرتی ہے۔ اس کا کچھ حصہ چوٹ سے گاہے گاہے شق ہو جاتا ہے اور دریدگی میں سے ماتحت عضلہ ابھر آتا ہے جس سے عضلہ کا فتق بن جاتا ہے۔ یہ حالت عضلہ ذواربعۃ الرؤس (quadriceps) اور مقربہ طویلہ (adductor longus) میں پائی جا چکی ہے۔ ایسے فتوق میں متاثر عضلات کے ریشوں میں کیتھ رائشقاق بھی پایا جاتا ہے۔ اس ردا کے دو گہرے زائے فخذی سے چسپیدہ ہوتے ہیں اور ان سے بیرونی اور اندرونی بین عضلی فاصل (intermuscular septa) بنتے ہیں۔ بیرونی فاصل عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) کو عضلہ ذوراسین (biceps) سے، اور اندرونی فاصل عضلہ وسیعہ داخلہ (vastus internus) کو عضلات مقربہ سے علیحدہ کرتا ہے۔ یہ فواصل ردائے عریض کے ساتھ مل کر ران کو دو صفاتی فضاؤں میں تقسیم کر دیتے ہیں جو جارحہ کی مستعرض تراش میں ظاہر کیا جاسکتی ہیں (شکل ۱۳۸)۔ لیکن ان قسموں کی کوئی جراحی اہمیت نہیں اور اندرونی فاصل اکثر اتنا باریک اور کمزور ہوتا ہے کہ خراج کے رخ پر اثر انداز نہیں ہو سکتا۔

ران کے مدور بتور میں عضلات میں کچھ پاں پور پر باز کشیدگی واقع نہیں ہوتی، کیونکہ بعض عضلات فخذی کی پوری سے چسپیدہ ہوتے ہیں اور بعض آزاد ہوتے ہیں اور جو عضلات اس سے چسپیدہ ہوتے ہیں وہ مقربات (adductors)، عضلات وسیعہ (vasti)، اور ساقیہ (crureus) (عضلہ وسیعہ وسطیہ: vastus intermedius) ہیں۔ اور جو آزاد ہوتے ہیں وہ عضلہ خیاطیہ (sartorius)، عضلہ مستقیمہ (rectus)، عضلات کا ذہ (hamstrings)، اور عضلہ رشیقبہ (gracilis) ہیں۔ بافتوں کی باز کشی کی قوت کو تمام بتور میں ضرور ذہن نشین رکھنا چاہئے۔ ہڈی میں جس کو پوشیدہ کرنا پڑتا ہے باز کشی کی قوت موجود نہیں ہوتی۔ اعصاب بہت کم باز کشیدہ ہوتے ہیں اور جب تک کہ ان کو بہت نزدیک سے نہ کاٹا جائے ان کے سروں کے پھول کر بصلی نما اور حساس بن جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ 595

بغلاف اس کے نشہ یا نوب میں باز کشی کی قابلیت بہت زیادہ ہوتی ہے۔ وریدیں کم لچکدار ہوتی ہیں اور ان میں باز کشی کا رجحان کم ہوتا ہے۔

عضلہ ذہ واربعۃ الرؤس (quadriceps) کا وتر باوجود بہت مضبوط ہونے کے عضلہ پر بہت زور پڑنے سے شق ہو جاتا ہے۔ ایسے واقعات کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے جن میں عضلہ خیاطیہ (sartorius) پالنتی مار کر میٹھنے کی حالت میں زور لگنے سے شق ہو گیا تھا (لائسٹ: Lancet: ۱۸۷۳ء)۔

فخذی شریان (femoral artery) ران میں اپنے ممر کے ہر ایک حصہ میں باندھی جا سکتی ہے اور اس کے محل کے مقابلہ سطحی ہونے کی وجہ سے اس کے ضرر رسیدہ ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ ران کے وسطی ثلث میں یہ عضلہ خیاطیہ (sartorius) کے نیچے ہنٹر (Hunter) کی قنال میں واقع ہوتی ہے۔ جس عجیب و غریب طریقہ سے اصلی شریان کی صرف منفرد شاخوں ہی کو نقصان پہنچتا ہے اس کی بہت سی مثالیں ران میں پائی جاتی ہیں۔ بخلاف اس کے جنگ عظیم کے دوران میں ایسے واقعات بھی درج کئے گئے ہیں جن میں فخذی شریان اور فخذی ورید گولی کے زخم سے نکل کر پکڑ گئی تھیں، اور صرف خفیف سانپ ہی واقع ہوا تھا۔ ان واقعات میں یہ معلوم ہوا تھا کہ منشق سرے دور تک علحدہ ہو گئے تھے، اور ان کی کوریں اندر کی طرف کو عروق کے درونہ جات میں مڑ گئی تھیں۔

فخذی کی پوری کے کسور۔ پوری کے ہر ایک حصہ میں کسور واقع ہو سکتا ہے لیکن یہ ضرر ہڈی کے وسطی ثلث میں نہایت کثیر الوقوع اور بالائی ثلث میں نہایت قلیل الوقوع ہے۔ اگر ہڈی بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹے تو کسور عام طور پر مستعرض ہوتا ہے، اور اگر بالواسطہ سے ٹوٹے تو یہ بالعموم ترچھا ہوتا ہے۔ بلا واسطہ ضرب سے کسور واقع ہونے کا امکان ہڈی میں نیچے سے اوپر کو کم ہوتا جاتا ہے، اور بالواسطہ قوت سے ضرر واقع ہونے کا امکان اس رخ میں بڑھتا جاتا ہے۔ چنانچہ یہ واقعہ ہے کہ اس ہڈی کے بالائی ثلث کے کسور بالعموم ترچھے اور زیرین ثلث کے زیادہ تر مستعرض ہوتے ہیں۔ فخذی اکثر عضلی زور سے بھی کسور ہو چکی ہے، مگر یہ امر مشتبہ ہے کہ ایسا سوائے مرض زدہ ہڈی کے کسی دوسری میں بھی ہوا ہے۔ ان حالتوں میں سے کئی ایک میں قوت کی مقدار جس سے ہڈی ٹھکستے ہوئی ہے نہایت قلیل ہوتی ہے۔ اس ہڈی کے بالائی ثلث کے ترچھے کسور میں کسور کا خط بالعموم نیچے کی اور اندر کی طرف کوجاتا ہے، اور وسطی ثلث کے ترچھے کسور میں اس کا رخ زیادہ تر نیچے کی اور آگے کی طرف کوجاتا ہے۔ اور اس میں خفیف سا جانبی میلان بھی موجود ہوتا ہے جو بعض اوقات اندر کی اور بعض اوقات باہر کی طرف کوجاتا ہے۔ ہڈی کے زیرین ایک تہائی حصہ کے کسور پر گھٹنے کے خط کے سلسلہ میں بحث کی گئی ہے (باب بست و چہارم)۔

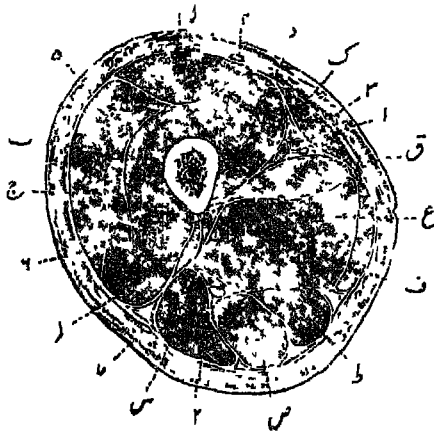
596

جہاں تک بالائی اور وسطی ایک تہائی حصوں کے کسور کا تعلق ہے، لکھو وں کی غیر وضعیتوں کا انحصار زیادہ تر کسر کے ترچھے پن پر ہوتا ہے۔ زیرین قطعہ قاعدۃ اوپر کی طرف کوجالائی قطعہ کے پیچھے عضلات کا زہ (hamstrings) سے مل جاتا ہے۔ اور عضلہ مستقیمہ (rectus)، رشیقیہ (gracilis)، خیاطیہ (sartorius)، ناشرہ ردا ئیہ (tensor fasciæ)، اور مقربات (adductors) ان عضلات کی مدد کرتے ہیں، اور یہ قطعہ موخر الذکر عضلات کے اثر سے ذرا اپنی اندرونی جانب کو بھی چلا جاتا ہے۔ اوپر کے ٹکڑے کا زیرین سرا آگے کی اور ذرا باہر کی طرف کوجاتا ہے۔ اور اس غیر وضعیت کا باعث نیچے کا ٹکڑا ہوتا ہے جو اوپر کے ٹکڑے کو مذکورہ رخ میں ہٹا دیتا ہے۔ پوری کے بالائی ثلث کے کسور میں اوپر کے ٹکڑے کو باہر کی طرف ابھرنے میں عضلہ حرقفینہ (ilio-psoas) سے مدد ملتی ہے۔ اسلئے فخذی کی پوری کے کسوریں جو بیکلی پیدا ہوتی ہیں وہ بالعموم زایوی ہوتی ہیں۔ پاؤں کی برؤں گدی جو فخذی کے

کسور میں دیکھنے میں آتی ہے جارح کے وزن سے پیدا ہوتی ہے جو بے بس حصہ کو باہر کی طرف کو گھما دیتا ہے۔

بعض لولبی (spiral) یا منحنی (helicoidal) کسوتی (torsion) سے

پوری کے زیرین حصہ میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ ایم۔ فری (M. Féré) نے تجربہ سے یہ دریافت کیا ہے کہ اگر جارحہ کو دوسری جانب کے گھٹنے کے آگے سے گزار کر پاؤں کو باہر کی طرف گھمائیں تو مخدزی کے زیرین اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر ولوبی کسر پیدا کیا جاسکتا ہے۔ جارحہ کو باہر کی طرف لیجا کر اس کو اندر کی طرف گھمانے سے بھی اسی قسم کا ایک کسر پیدا کیا جاسکتا ہے۔



شکل ۱۲۸۔ میٹرفر تراش ران کے وسط میں سی۔

(بران) (Braune) -

ارمیتقیمہ فخذیہ۔ ب۔ وسیعہ خارجہ۔ ج۔ سائتہ۔ د۔ وسیعہ داخلہ۔ س۔ ذوراسین کا قصیر سر۔
 س۔ ذوراسین کا طویل سر۔ ص۔ نیم وتری عضل۔ ط۔ نیم غشائی عضل۔ ح۔ مقربہ کبیرہ۔ ف۔ شقیقہ۔
 ق۔ مقربہ طویلہ۔ ک۔ خیاطیہ۔ ۱۔ فخذی شریان۔ ۲۔ عظیم سائتہ۔ عصب۔ ۳۔ عظیم سائتہ منافی پورید۔ ۴۔ وسطی
 جلدی عصب۔ ۵۔ خارجی جلدی عصب۔ ۶۔ عمیق شریان کی ثانیہ شاخیں۔ ۷۔ صغیر سائتہ عصب۔

گو کولوبہ کا رخ اس کے برعکس ہوتا ہے۔

کسر کے بعد جارجہ کا قصہ۔ ہڈیوں کے شکستہ سروں کو بٹھانے اور ان کو اس محل پر قائم رکھنے میں جو خام دقت پیش آتی ہے وہ ارد گرد کے عضلات کے فعل سے پیدا ہوتی ہے۔ کس واقع ہونے کے وقت سے قرب و جوار کے تمام عضلات پر معکوس انقباض کی ایک حالت طاری ہو جاتی ہے۔ اس انقباض کو عمومی یا مقامی معدوم حص کے ذریعہ سے رفع کیا جاسکتا ہے اور پھر حصوں کو ان کی مناسب وضع پر دست نام کیا جاسکتا ہے۔ حصوں کو ان کی وضع پر قائم رکھنے کے لئے دو اصول ضرور ذہن نشین رکھنے چاہئیں۔ (۱) جن مدموں سے معکوس انقباض پیدا ہوتا ہے ان کو جوڑوں کی مکمل تثبیت سے جکے ساتھ عضلات کی تثبیت بھی ہو جاتی ہے ضرور روک دینا چاہئے۔ (۲) جارجہ پر وزنوں اور جرنیوں کے ذریعہ سے مسلسل عمل کرنے والی باسط قوت کا استعمال کرنے سے عضلات کی قوت بازگشتی پر بتدریج غلبہ حاصل کرنا چاہئے۔ اس موضوع کے سلسلہ میں یہ یاد رکھنا ضروری ہو کہ جوارح اسفل کا طول بعض اوقات طبعی طور پر غیر مساوی ہوتا ہے۔ ڈاکٹر گارسن (Dr. Garson) نے تقریباً۔ پانچویں کے مختلط امتحان کی بنا پر یہ بیان کیا ہے کہ تمام واقعات میں سے تقریباً۔ انی صدی ہی میں دونوں جوارح کا طول مساوی ہوتا ہے۔ انھوں نے یہ بھی دریافت کیا کہ قصبیہ (tibia) کی نسبت فخذی میں یہ اختلاف زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔

598

ران کا وتر۔ جیسا کہ پہلے ذکر کیا جا چکا ہے (صفحہ 594) عضلات کے غیر مساوی انقباض کی وجہ سے مدور وتران کے لئے ہتھامہ موڑوں نہیں ہوتا۔ اس لئے قابل ترجیح عملیہ وہ ہے جس میں ران کی سامنے کی بافتوں سے بڑا دامن بنایا جاتا ہے اور پچھلی طرف کی ساختوں سے چھوٹا۔ جن مختلف ساختوں سے سابقہ پڑتا ہے وہ اور ان کا باہمی تعلق ران کی تراش کا جیسی کہ شکل ۱۳۸ میں دکھائی گئی ہے مطالعہ کرنے سے بہترین طور پر سمجھ میں آ جاتا ہے۔ جو حصے کاٹے جاتے ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں: ثوابعہ لڑو (quadriceps)، خیالیہ (sartorius)، رشیقیہ (gracilis)، کویل اور کبیر مقربا (adductors)، تینوں عضلات کا ذہ (hamstrings)، سلجی اور عمیق فخذی عسروق

خارجی منحن (external circumflex) نریان کی نزولی شاخیں، زیرین شائب عروق، اور طویل صافنی ورید، فخذی عصب کی بڑی بڑی شاخیں (وسطی جلدی، داخلی جلدی، اور عضلی معطویل صافنی عصب کہے)، خارجی جلدی عصب کی مقدم شاخ، عصب ساد (obturator)، اور عظیم اور صغیر فسانی (sciatic) اعصاب۔

باب بست وچہام گھٹنے کا خط

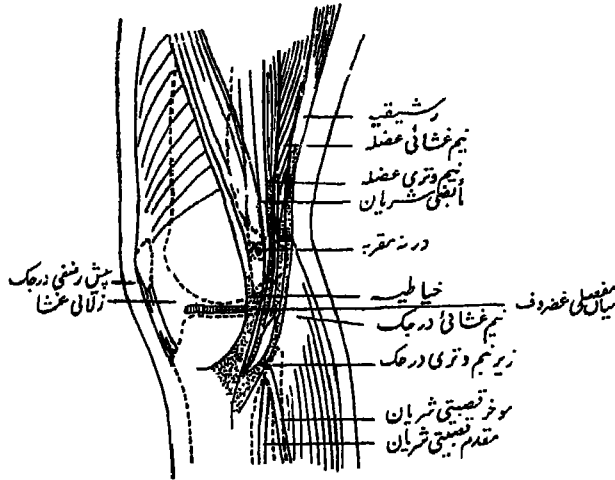
599

اس باب میں گھٹنے کے جوڑ اور اس کے ارد گرد کے نرم حصوں، مابقی فضا (popliteal space)، فخذی کے نیچے کے سرے، چپنی (patella) اور قببیہ (tibia) اور تنظیہ (fibula) کے نیچے کے سروں کا بیان کیا جائے گا۔

سطحی تشریح۔ گھٹنے کی سامنے کی جانب پر چپنی واضح طور پر محسوس کی جاسکتی ہے۔ اس کا اندرونی کنارہ بیرونی کی نسبت ذرا زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ جب یہ جارحہ بسط کر دئی کی وضع میں ہوتا ہے اور عضلہ ذواربعۃ الرؤس (quadriceps) ڈھیلا ہوتا ہے تو چپنی ادھر ادھر ملانی جاسکتی ہے، اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ ڈھیلا جھپیدہ ہے۔ ذواربعۃ الرؤس (quadriceps) منقبض ہوتا ہے تو یہ ہڈی اوپر کی طرف کوکچ جاتی ہے۔ اور فخذی کے بالمقابل مضبوطی سے ثبت ہو جاتی ہے۔ جوڑ کی خم کردگی کی حالت میں چپنی اس خالی جگہ میں چلی جاتی ہے جو قببیہ اور میاں تھنالی کٹاؤ (intercondyloid notch) کے درمیان ہوتی ہے اور بہت مضبوطی سے ثبت ہو جاتی ہے۔ اس وضع میں فخذی کی بکری (trochlear) سطح کا کچھ حصہ چپنی سے اوپر شناخت کیا جاسکتا ہے۔ چپنی کی ہر ایک طرف ایک خالی جگہ ہوتی ہے، جو فرہ اشخاص میں چربی سے بعض اوقات مکمل طور پر پُر ہوتی ہے۔

جب بارہ بسط کردگی کی حالت میں ہوتا ہے تو رُضفی رباط (ligamentum patellæ) زیادہ واضح طور پر محسوس نہیں ہوتا۔ خم کردگی کی حالت میں یہ ذرا زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔ اور جب عضلہ ذواربعۃ الرؤس (quadriceps) زور سے منقبض ہوتا ہے تو یہ نمایاں ترین ہوتا ہے۔ چربی کی زیر رُضفی گدی اس رباط کی ہر ایک جانب پر باہر کو ابھری ہوتی ہے، اور ناتجربہ کار منشا ہر بعض اوقات اس سے یہ سمجھ لیتے ہیں کہ جوڑ میں سیال موجود ہے۔

600



شکل ۱۳۹۔ گھٹنے کے جوڑ کی اندر کی سطحی تشریح۔

گھٹنے کی اندر کی طرف پر مندرجہ ذیل حصص اوپر سے نیچے کو محسوس کئے جاسکتے ہیں (شکل ۱۳۹)۔ عضلہ مقربہ کبیرہ (adductor magnus) کا درزہ، اور اس عضلہ کا منہائی وتر، فخذی کا اندر ٹنی قندال جو بہت نمایاں ہوتا ہے، (جوڑ کی اس جانب پر جو گول فراز ہوتا ہے اس کا بہت ساحصہ اسی سے بنتا ہے) اور اس کے نیچے قصبیہ (tibia) کا اندر ٹنی حدیبہ (قندال)۔ ہڈی کے دونوں موخر الذکر زائیدوں کے درمیان میاں مفصلی خط اور

نیم قمری غضروف (وسطانی ہلالیہ: medial meniscus) محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ جوڑ کی بیرونی جانب پر فخذی کا خارجی قندل ہوتا ہے، اور یہ دوسری طرف کے ریتق قندال سے کم نمایاں ہوتا ہے، اور اس کے نیچے قصبیہ (tibia) کا قنطر حدیبہ ہوتا ہے۔ جو ایکس نمایاں فراز کی شکل کا ہوتا ہے۔ ذوراسین (biceps) کے وتر کے عین سامنے خارجی جانب رباط کا بالائی حصہ محسوس کیا جاسکتا ہے جبکہ جوڑ ذرا خم کردہ ہو۔ اس وتر اور چینی کے درمیان حرقفی قصبیتی بندہ (ilio-tibial band) کا نیچے کا حصہ ایک نمایاں مستدیر بندگی شکل میں قصبیہ (tibia) کے خارجی حدیبہ (قندال) سے نیچے کی طرف کو آتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ جب گھٹنا عضلی فعل سے بزور بسط کردہ ہو تو یہ نمایاں ترین ہوتا ہے اور اکثر جلد کے نیچے واضح طور پر ابھرتا ہے۔ قصبیہ (tibia) کا درز اور شطیبہ (fibula) کا تقریباً ایک ہی لیول پر آسانی محسوس کئے جاسکتے ہیں۔

601

ماہضی فضا (popliteal space) صرف اسی حالت میں ایک گرٹھے کی شکل میں نمودار ہوتی ہے جب کہ گھٹنا خمیدہ ہو۔ بسط کردہ جارحہ میں اس گرٹھے کی جگہ ایک فراز نمودار ہو جاتا ہے جس کی گولائی یکساں ہوتی ہے۔ جلد کا وہ شکن جو گھٹنے کے خم کے پیچھے سے مستعرضاً گزرتا ہے وہ گھٹنے کے جوڑ کے خط سے ذرا اوپر واقع ہوتا ہے۔ اس فضا کی بیرونی جانب پر ذوراسین (biceps) کا وتر خاص کر جب کہ یہ عضلہ فعل کر رہا ہو بہت آسانی سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کے عین پیچھے اور اس کے اندرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ مشترک شطلی (common peroneal) عصب واقع ہوتا ہے۔ اسے شطیبہ (fibula) کے سر پر جیسے یہ عبور کر کے عضلہ شطیبہ طویلہ (peroneus longus) کے نیچے چلا جاتا ہے، انگلی کے نیچے پھرایا جاسکتا ہے۔ ابلہ (ham) کی اندر کی طرف تین وتر محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ اس فضا کے وسط کے قریب ترین نیم وتری عضلہ (semitendinosus) کا طویل اور نمایاں وتر ہوتا ہے۔ اس کے اندر کی طرف نیم غشتائی عضلہ (semimembranosus) کا اس سے بڑا اور کم واضح وتر ہوتا ہے۔ اور اس کے اندر کی طرف عضلہ شیطیہ (gracilis) شناخت کیا جاسکتا ہے۔

ماہضی عروق (popliteal vessels) ابلہ (ham) میں اس کے بالائی اور

اندرونی حصہ پر نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) کے نیچے سے ترچے رخ میں اٹل ہوتے ہیں۔ اس عضلہ کا بیرونی کنارہ شریان کے بالائی حصہ کی رہنمائی کرتا ہے (شکل ۱۳۹)۔ عروق نیچے کی طرف کو آتے ہوئے اس نقطہ پر پہنچتے ہیں جو گھٹنے کے جوڑ کے وسط کے نیچے واقع ہوتا ہے، اور پھر عموداً نیچے کی طرف کو چلے جاتے ہیں۔ مابغنی (popliteal) شریان کی انتہا جو عضلہ مابغنیہ (popliteus) کے زیرین کنارے پر ہوتی ہے، قصبیہ (tibia) کے درجہ کے زیرین حصہ کے لیول پر پائی جاتی ہے۔ اس فضا کے بالائی حصہ میں ورید شریان کے باہر کی طرف واقع ہوتی ہے اور عصب اور بھی باہر کی طرف ہوتا ہے۔ زیرین حصہ میں یہ ساختیں ایک دوسرے کو عبور کر جاتی ہیں اور ہر ایک کے محل کی ترتیب الٹ جاتی ہے۔ عبور کرتے وقت شریان سب سے گہری واقع ہوتی ہے، اور عصب سب سے اوپری (موخر) ہوتا ہے، اور ورید درمیان میں ہوتی ہے۔ جب جارحہ خم کردہ ہوتا ہے تو شریان کے نبضات محسوس کئے جاسکتے ہیں اور یہ عرق اس مقام سے ذرا نیچے جہاں یہ مابغنی فضا میں داخل ہوتا ہے فخذی کے بالمقابل مضبوط کیا جاسکتا ہے۔ بالائی مفصلی شریانیں فخذی قندالوں کے عین اوپر متعرض رخ میں اندر کی اور باہر کی طرف کو جاتی ہیں۔ اور زیرین مفصلی شریانیں بھی مستعرض واقع ہوتی ہیں، ان میں سے اندرونی عروق قصبیہ کے اندرونی حدیبہ کے عین نیچے سے گذرتے ہیں، اور بیرونی شظیبہ (fibula) کے سر کے عین اوپر سے قصبیہ کبیر (anastomotica magna) کی عمیق شاخ فخذی کے اندرونی قندال تک عضلہ وسیعہ داخلہ (vastus internus) کے جرم میں سے، اور مقرب کبیرہ (adductor magnus) کے وتر کی مقدم جانب کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو آتی ہے۔ داخلی صافنی (internal saphenous) ورید فخذی کے داخلی قندال کے عقبی حصہ کے ساتھ ساتھ اوپری کی طرف کو جاتی ہے، اور پھر عضلہ خیالمیہ (sartorius) کے ساتھ ساتھ ران میں چلی جاتی ہے۔ قصبیہ صافنی (short saphenous) ورید رولہ کے عین نیچے پنڈلی کے خط وسطی کی متابعت کرتی ہے، اور مابغنی فضا کے زیرین حصہ پر عمیق ردا کو منقب کرتی ہے۔

داخلی مابغنی عصب (internal popliteal nerve) (قصبیتی : tibial) خط وسطی کے ساتھ ساتھ نیچے کو آتا ہے۔ اور اس خط کی سیدھ میں آگے بڑھ جاتا ہے

جو عظیم ساقی تنے (great sciatic trunk) کے مرکب ہر کرتا ہے۔
 گھٹنے کی سامنے کی طرف۔ گھٹنے کی سامنے کی طرف کی جلد کثیف اور بہت
 حرکت پذیر ہوتی ہے۔ یہ حرکت پذیری خاص کر کند آلوں کی ہولوں میں اور ہر ایسی ضرب میں
 جس میں جلد کے پھسلنے کی حرکت چوڑے کے رخ کو مفصل کی طرف سے ہٹا سکتی ہے، گھٹنے کے
 جوڑے کی متعینہ محافظت کرتی ہے۔ خم کر دگی کے دوران میں جلد چینی کے اوپر کس کر کچ جاتی
 ہے۔ اور مینا کہ دو بے مقامات پر (جہاں جلد ہڈی پر کم و بیش بلا واسطہ واقع ہوتی ہے)
 اتنا ہے چینی برکی کو فنگی سے بعینہ کٹے ہوئے زخم کے مشابہ ضرر پیدا ہو سکتا ہے۔

اس مفصل کی سامنے کی جانب پر زریہ جلدی پھرنی بہت کم ہوتی ہے۔ چنانچہ
 گھٹنے کے جوڑے سے جو ہڑکے جاتے ہیں ان میں مقدم دامن بہت پہلا ہوتا ہے اور سولے
 سادہ جلد کے اور کسی شے سے مرکب نہیں ہوتا۔

جن عروق سے گھٹنے کی سامنے کی طرف کو شاخیں آتی ہیں اور جو ان حصوں کی برید
 سے قطع رکھتے ہیں اور جن پر عام طور پر آبلے ڈالے جاتے ہیں وہ قسیمی (anastomotic)
 نابضی (popliteal) کی چار مفصلی شاخیں، اور مقدم قسیمی (anterior tibial)
 (recurrent) ہیں۔ گھٹنے کی سامنے کی جانب اور اس جوڑے کے مقدم حصوں اور عضلہ
 ذوار بعتہ الرؤس (quadriceps) کو جو اعصاب آتے ہیں وہ تیسرے اور چوتھے قطنی قطعاً
 سے نکلتے ہیں، اور مقدم ساقی (anterior crural) (فخذی: femoral) اور سار
 (obturator) اعصاب کی شاخوں کی شکل میں ان تک پہنچتے ہیں۔

گھٹنے کے خط کے سطحی عروق لمف زیادہ تر اس جوڑے کی اندرونی طرف پر واقع
 ہوتے ہیں اور طویل صافنی (long saphenous) عصب کے مرکب متابعیت کرتے ہیں۔
 اس مفصل کے اوپر کی جلد کے قروح اور الہتہابی عوارض میں الہتہاب عسروق لمف
 (lymphangitis) اور آربی غد میں کلانی واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے، اور یہ
 احتمال ان قروح اور عوارض کے باہر کی اور سامنے کی جانب واقع ہونے کی نسبت
 ان کے اندر کی طرف پائے جانے سے زیادہ ہو جاتا ہے۔

گھٹنے کی سامنے کی جانب پر مندرجہ ذیل درجیں پائی جاتی ہیں۔ (۱) رضنی درجہ

(patellar bursa)۔ یہ ایک بڑا ساناچہ ہے جو چپنی اور رضمفی رباط کے بالائی حصہ کے سامنے واقع ہوتا ہے، اور ان ساختوں کو جلد سے علحدہ کرتا ہے (شکل ۱۳۹)۔ فوٹل کے ذریعہ سے یہ اکثر سطحی اور عمیق خانوں میں منقسم ہوتا ہے۔ جن لوگوں کو گھٹنوں کے بل جھکنا پڑتا ہے ان میں یہ اکثر بہت کلانی یافتہ ہوتا ہے، مثلاً خادماؤں، سنگ تراشوں اور مذہبی شخصوں وغیرہ میں اس درجہ کے ارد گرد کے حصوں میں اعصاب کی رسد کثرت سے موجود ہوتی ہے اور اس لئے اس کے ماد التهاب میں بہت سادہ دروپایا جاتا ہے۔ چپنی سے یہ بہت قریبی طور پر ملا ہوتا ہے، اور ایریخسن (Erichsen) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں اس درجہ کے تھج سے اس ہڈی میں بوسیدگی واقع ہو گئی تھی۔ (۲) ایک درجہ رضمفی رباط (patellar ligament) اور قصبیہ (tibia) کے درنہ کے درمیان ہوتی ہے (شکل ۱۴۰)۔ مذکور سابقہ درجہ کے عوارض میں جو درد پایا جاتا ہے اس کی نسبت اس درجہ کے ملتبہ ہونے میں زیادہ درد محسوس ہوتا ہے، کیونکہ یہ دو استوار ساختوں یعنی رباط اور ہڈیوں کے درمیان مضبوطی سے مضبوط ہوتی ہے۔ زلابی کہف سے اس چربی کی گدی سے علحدہ ہوتی ہے جو چپنی کے نیچے موجود ہوتی ہے۔ (۳) عضلہ ذوار بعد لورس (quadriceps) کے وتر اور فخذی کے درمیان جو درجہ واقع ہوتی ہے اس کا ذکر زلابی کہف کے سلسلہ میں کیا جائیگا۔ قرب وجوار کی دوسری درجہوں کے لئے دیکھو صفحہ

- 607

مابضی فضا (popliteal space)۔ اس فضا کے اوپر کی جلد اتنی حرکت

604

نہیں ہوتی جتنی کہ گھٹنے کی مقدم جانب پر کی ہوتی ہے۔ جب چوٹے یا احتراقات یا وسیع تقرح سے یہ تباہ ہو جاتی ہے تو ان سے پیدا شدہ ندبہ کے انقباض سے گھٹنا خمیدہ ہو جاتا ہے اور اس میں استواری واقع ہو جاتی ہے۔ اس مقام کی جلد منقبض گھٹنے کی حالت میں بزور توسیع کرنے سے شق بھی ہو چکی ہے۔ جلد اور سطحی بافت کے نیچے مابضی ردا (popliteal fascia) ہوتی ہے۔ یہ ایک کثیف غشا ہے جو اس فضا کو پوشیدہ کرتی ہے۔ یہ ران کی روائے عریض (fascia lata) کا تسلسل ہی ہے، اور نیچے کی طرف یہ ٹانگ کی ردا کے ساتھ تسلسل ہو جاتی ہے۔ یہ عضلات کا ذہ (hamstring)

(muscles) کے اوپر سے جو ربلہ (ham) کی حد بندی کرتے ہیں بخیر کی عظمیٰ چسپیدگی کے گزر جاتی ہیں۔ یہ ردا مابغی خواجاست اور بالیدوں کو سطح کی طرف ترقی کرنے سے اکثر بہت نمایاں طور پر روک دیتی ہے۔ اس کی مغربی ملی اس شدید وردگی پیدائش کا اصلی سبب ہے جو ایسے اجتماعات یا سلعات میں اکثر پایا جاتا ہے۔ چونکہ مابغی خراج سطح تک پہنچنے سے قاصر ہوتا ہے اس لئے اسے یا تو اوپر کی طرف ران میں یا نیچے کی طرف ٹانگ میں چلے جانے میں سہولت ہوتی ہے۔ ربلہ (ham) میں پیپ کی معتد بہ معتد ارجح رہ سکتی ہے۔

پیپ سرین یا حوض سے عظیم نائی (great sciatic) عصب کے ساتھ ساتھ ربلہ (ham) میں پہنچ سکتی ہے، یا ران سے اس سوراخ میں سے ہو کر پھیل سکتی ہے جو مقربہ کبیر (great adductor) میں فحذی عروق کے لئے ہوتا ہے۔

عضلات کا ذہ (hamstring muscles) اور ردائی سناختیں گھٹنے کے جوڑ کے غیر نفست مرض میں اکثر مستقل طور پر مقصد پائی گئی ہیں۔ اور اس سے ٹانگ کی ران پر ایک کم و بیش استوار خم کردگی پیدا ہو جاتی ہے۔ گھٹنے کے جوڑ کے مرض کی خراش سے عضلات کا ذہ (hamstrings) میں تقبض پیدا ہو سکتا ہے۔ ان عضلات کی عصبی رد عظیم نائی (great sciatic) عصب کے ذریعہ سے پانچویں قطنی قطعہ سے آتی ہے جس سے گھٹنے کی عصبی رد کا کچھ حصہ بھی آتا ہے۔ گھٹنے کے جوڑ کے مرض میں ان عضلات کے انقباض کا رجحان نہ صرف گھٹنے کو خمیدہ کرنے کی طرف ہی ہوتا ہے بلکہ قصبہ (tibia) کو بیچے کی طرف کھینچنے اور بعض واقعات میں جزوی خلج پیدا کر دینے کی طرف بھی ہوتا ہے۔

عضلات کا ذہ (hamstrings) کے اذنا بعض اوقات بہت زور پڑ جانے سے مشتق ہو جاتے ہیں۔ اور جو وتر سب سے زیادہ کثرت سے پھٹتا ہے وہ ذور اسبین (biceps) کا وتر ہے۔ جب دھڑ گھٹنوں کو بسط کردگی کی حالت میں رکھتے ہوئے کولے کے جوڑ پر زور سے خمیدہ کیا جاتا ہے تو یہ عضلات بہت تن جاتے ہیں۔ اس وضع میں انتہائی حرکت سے اس عضلہ کے بعض ریشے مشتق ہو چکے ہیں۔ گھٹنے سیدھے رکھ کر پاؤں کی انگلیوں کو ہاتھ کی انگلیوں سے چھونے میں جو دقت پیش آتی ہے اس کا انحصار تنیدہ عضلات کا ذہ

(hamstrings) کی مزاحمت پر ہوتا ہے۔

ذو راسین (biceps) کے وتر کی وتر شکنائی (tenotomy) میں مشترک شغلی (common peroneal) (نسائی: sciatic) باسانی زخمی ہو سکتا ہے۔ معلوم ہو جانا چاہیے کہ اس عضلہ کے انقباض کا رجحان وتر اور عصب کے درمیان فاصلہ میں اضافہ کرنے اور قبل الذکر کو زیادہ سطحی بنانے کی طرف ہوتا ہے۔ شغلی (peroneal) عصب پٹیوں گیشٹوں اور ”فوجی پٹیوں“ کے شغلیہ (fibula) کے سراور گردن پر بہت کس کر باندھنے سے بعض اوقات مضبوط ہو جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں ٹانگ کے باسط عضلات کے جزوی شلل کی وجہ سے جن کو مشترک شغلی (common peroneal) عصب سے رسد پہنچتی ہو پاؤں گھسیٹ کر چلنے کی طرف رجحان ہوتا ہے۔

رہلہ (ham) کے عروق - مُنبضی (popliteal) عروق گہرا واقع ہونے کی وجہ سے شاذ و نادر ہی زخمی ہوتے ہیں۔ مُنبضی شریان (popliteal artery) بیرونی چوٹ مثلاً اس کے خط پر سے پہیا گزر جانے سے نشق ہو چکی ہے اس شریان میں سوائے صدری اورط کے انور سما بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ کرسپ (Crisp) نے ذاتی انور سما (spontaneous aneurysm) کے جو ۵۵ واقعات جمع کئے ہیں ان میں سے ۱۳ء مثالوں میں مُنبضی عروق اس مرض کا محل تھا۔ اور صدری اورط ۵۷ واقعات میں ماؤف تھا۔ اس عروق میں جو رجحان انور سما کی طرف پایا جاتا ہے اس کا انحصار بہت سے اسباب پر ہے۔ اس عروق پر بہت سی حرکت کا اثر پڑتا ہو اور اس سے ایسے مُنبضی عروق کو جبکی لچک عمر یا مرض کی وجہ سے غائب ہو چکی ہو باسانی نقصان پہنچ سکتا ہے۔ مردہ اجسام پر تجربات کرنے سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ اس عروق کے اندرونی اور وسطی طبقات گھٹنے کی انتہائی ختم کردگی سے نشق کئے جاسکتے ہیں اور اسی قسم کا انشقاق واقعات کی ایک کثیر تعداد میں جبری توسیع سے پیدا کیا جاسکتا ہے۔ مزید براں سوائے اس حالت کے جبکہ جارحہ بسط کردگی کی حالت میں ہو مُنبضی (popliteal) شریان صدری اورط کی طرح بہت منحنی ہوتی ہے۔ نیز یہ عروق دو بڑی شاخوں میں تقسیم ہوتا ہے، اور یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ شریان کی دو شاخوں کا مقام انور سما کے لئے ایک مساعد مقام ہے۔ آخر میں یہ کہا جاسکتا ہے کہ

اس شریان کو مابضی فضا کی صرف ٹھیک بابت ہی سہارا دیتی ہے اور مضبوط عضلات کا وہ سہارا جو دوسرے مقامات پر بہت سے بڑے بڑے عروق کو ملتا ہے یہاں حقیقتاً موجود نہیں ہوتا۔ بعض مابضی انورسماؤں کا علاج گھٹنے کو خمیدہ کرنے اور چارہ کو کچھ عرصہ تک اسی حالت میں رکھنے سے کامیابی سے کیا جا چکا ہے۔ یہ امر کہ اس عرق کے درون پر خیمہ کو دگی کا بلا واسطہ اثر ہوتا ہے ٹانگہ کو ران پر بڑور خمیدہ کرنے سے اندر کی طرف کے گھٹنے پر نقبس کے کمزور ہوجانے سے ثابت ہوتا ہے۔ شریان اور ورید اس قدر منضم ہوتے ہیں کہ شریانی تنے پر بندش لگاتے وقت ان کو علحدہ کرنا مشکل ہوتا ہے۔

مابضی (popliteal) ورید بہت جسیم عرق ہوتا ہے، اور اس کی دیواریں اتنی کثیف اور موٹی ہوتی ہیں کہ کالٹنے پر وہ کم و بیش شریان کے طبقات کی مانند دکھائی دیتی ہیں۔ اس عجیب و غریب خاصہ اور رفیق عرق سے قریبی تعلق رکھنے کی بنا پر ٹلو (Tillaux) یہ دعوئے کرتا ہے کہ ”سارے نظام میں یہ ورید اس لحاظ سے دوسری تمام وریدوں سے مختلف ہے۔“ یہ امر بھی معلوم کر لینے کے قابل ہے کہ ورید شریان کی نسبت اگرچہ زیادہ سطحی ہوتی ہے مگر چوٹ سے یہ بہت آخاذ طور پر ہی منشق ہوتی ہے۔ شریان قاعدہ کیلی ہی پھٹتی ہے۔

شریان کے جو تعلقات ورید اور عصب سے ہیں ان سے یہ معلوم ہو جائے گا کہ مابضی انورسما سے ٹانگہ میں جلد ہی پہنچ پیدا ہو سکتا ہے۔ اور داخلی مابضی تنے (internal popliteal trunk) پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے عصبی علامات ظاہر ہو سکتے ہیں۔ نیز یہ انورسما ایک سے زیادہ مرتبہ گھٹنے کے جڑ میں بھی گھس گیا ہے، جس کے منور ربطا کے ساتھ شریان مذکور اتنا قریبی تعلق رکھتی ہے۔

قصیر یا صغیر صافنی ورید (short or small saphenous vein) تقریباً خطا وسطیٰ میں واقع ہوتی ہے اور چونکہ یہ جلد میں سے دکھائی نہیں دیتی ہے اس لئے یہ مابضی فضا کے زیریں حصہ میں شکاف دینے سے کٹ سکتی ہے۔

ربطہ (ham) کے لمفی غدود کی تعداد چار سے پانچ تک ہوتی ہے، اور یہ بڑے بڑے عروق کے گرد گہرے واقع ہوتے ہیں۔ کلانی یافتہ ہونے کی حالت میں

یہ غلطی سے انورسما اور دوسرے مابقی سلعات تصور کر لئے گئے ہیں۔ ان میں پاؤں اور ٹانگ کی بیرونی اور موخر جانبوں کے عمیق عروق لف آتے ہیں۔ ایک چھوٹا سا غدہ ردا کے نیچے قصیر صافنی ورید کے داخل ہونے کے مقام کے قریب اکثر پایا جاتا ہے۔ اس میں بعض عروق لف آتے ہیں جو اس عرق کی متابعت کرتے ہیں۔

رہلہ کے ارد گرد کی درجہ کی تعداد عام طور پر سات ہوتی ہے۔ چار اس فضا کی اندر کی طرف ہوتی ہیں اور تین اس کی باہر کی طرف۔ اندر کی طرف — (۱) ایک بڑی ہی درجہ نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) کے نیچے اور نخدی کے داخلی قنال اور گیسٹروکینیٹیس (gastrocnemius) کے اندرونی سر کے اوپر ہوتی ہے (شکل ۱۲۹)۔ یہ درجہ اس فضا میں سب سے بڑی ہوتی ہے۔ لوکسن بلوغ کے بعد یہ اکثر اس جوڑ سے ربط پیدا کر لیتی ہے۔ اس خطہ کی تمام درجہوں میں سے یہ درجہ نہایت کثرت سے کلانی یافتہ ہوتی ہے، اور ماؤف ہو کر بہت بڑی ہو جاتی ہے۔ ایک بیان کردہ واقعہ میں تین چھ اور ۳۱ اینچ چوڑا تھا۔ جارحہ کی بسط کردگی کی حالت میں یہ کلانی یافتہ محکم اور مزاحم محسوس ہوتی ہے مگر خم کردگی کی حالت میں یہ ڈھیل ہو جاتی ہے، اور اسے اکثر مکمل طور پر غائب کیا جاسکتا ہے۔ اس درجہ اور اس جوڑ کے درمیان جو جھری کی شکل کا ربط ہوتا ہے وہ غالباً بسط کردگی میں موخر رباط کے کس جانے سے بند ہو جاتا ہے۔ اور گھٹنے کو خمیدہ کرنے میں اس کے ڈھیلہ ہو جانے سے مکمل جاتا ہے۔ مگر اس درجہ کا اس طرح غائب ہونا صورت ظاہری ہوتا ہے اور خم کردگی کے دوران میں حصوں کے ڈھیلہ ہو جانے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ (۲) نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) کے وتر اور قصبہ (tibia) کے اندرونی حدیدہ کے درمیان ایک چھوٹی سی درجہ ہوتی ہے۔ گھٹنے کے لیول سے ذرا نیچے دو اور درجہیں ہوتی ہیں، یعنی (۳) ایک خباہیہ (sartorius) کے منہی کے نیچے ہوتی ہے، اور (۴) دوسری عضلہ رشقیہ (gracilis) اور نیم وتر عضلہ (semitendinosus) کے منہاؤں کے نیچے ہوتی ہے۔ بیرونی طرف — (۱) جوڑ کی زلابی غشا کا ایک بڑا عطف عضلہ ابضیہ (popliteus) کے وتر اور قصبہ (tibia) کے خارجیہ۔ یہ کھ درمیان ہوتا ہے۔ یہ عطف ایک درجہ کا کام دیتا ہے۔ اور زلابی غشا کی منہی شملوی (tibio-fibular)

مفصل میں کھلا ہوتا ہے جس سے یہ کہنہ گھٹنے کے جوڑ سے مل جاتا ہے۔ (۲) ایک درجہ گیسٹروکنیمس (gastrocnemius) کے بیرونی سر اور عظم فخذی کے بیرونی قندال کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ ہمیشہ موجود نہیں ہوتی، اور اس جوڑ سے تعلق نہیں رکھتی۔ (۳) ایک درجہ ذورسین (biceps) کے وتر اور خارجی جانبی رباط کے درمیان ہوتی ہے۔ ششلی (peroneal) عصب اس تاجہ کو عبور کرتا ہے۔ اس حالت سے اس درد کی توجیہ ہو سکتی ہے جو اس درجہ کے کلانی یافتہ ہونے کی حالت میں محسوس ہوتا ہے۔

گھٹنے کا جوڑ (knee-joint) (شکل ۱۲۰)۔ یہ مفصل جسم کے جوڑوں میں سے سب سے بڑا ہے۔ اس کے زیادہ مضبوط ہونے کا سبب وہ قوی رباطات ہیں جو ترکیبی ہڈیوں کو متحد کرتے ہیں، اور بالخصوص وہ عضلات اور ردائیں ہیں جو اس کو گھیرے ہوتی ہیں۔ مفصلی سطح کی شکل سے اسے کچھ قوت نہیں ملتی کیونکہ یہ ایک دوسرے سے محض مس ہی کرتی ہیں۔ اگرچہ گھٹنے کا جوڑ ضربات کے لئے اکثر معمر رہتا ہے لیکن اس کے خلوع نہایت ہی نادر وقوع ہیں۔ جانبی رباطات (lateral ligaments) نسبتاً کمزور ہوتے ہیں۔ یہ بسط کردگی میں تنیدہ اور خم کردگی میں ڈھیلے ہوتے ہیں۔ ان رباطات میں آئنا ڈھیلا پن پایا جاتا ہے کہ قصبہ (tibia) کے جزوی خلوع ان بندوں کے انشقاق کے بغیر ہی ممکن ہوتے ہیں، اور ان واقعات میں جن میں یہ جوڑ حادثہ کے بعد کسی قدر خم کر دیا جائے خاص طور پر ایسا ہوتا ہے۔ صلیبی رباطات (crucial ligaments) بہت مضبوط ہوتے ہیں، اور جوڑ کے انتہائی اوضاع میں یہ کم و بیش تنیدہ ہوتے ہیں۔ ان رباطات میں سے جو مقدم ہوتا ہے وہ خاص طور پر بسط کردگی اور قصبہ (tibia) کی مقدم غیر وضعیت اور ٹانگ کی اندرونی گردش کو مزاحم آتا ہے۔ اور موخر رباط انتہائی خم کردگی اور قصبہ (tibia) کی خلفی غیر وضعیت کو مزاحمت پیش کرتا ہے۔ بسط کردگی کی حالت میں عظم قصبہ (tibia) کسی قدر آگے کی طرف کو مچسل جاتی ہے، اور ذرا باہر کی طرف کو گھوم جاتی ہے۔ خم کردگی کی حالت میں یہ بڑی پیچھے کی طرف کو مچسل جاتی ہے، اور کسی قدر اندر کی طرف کو گھوم جاتی ہے۔ بسط کردگی عام طور پر صلیبی اور موخر رباطات سے، اور خم کردگی صلیبی رباطات سے اور ان کے علاوہ رشتی رباط (ligamentum patellae) اور کیسے کے مقدم حصہ سے محدود رہتی ہے۔ گردش صرف

ختم کردگی ہی کی حالت میں ممکن ہوتی ہے۔

موضر رباط کا باریک ترین حصہ وہ حصہ ہے جو اُن ترچھے ریشوں کے نیچے ہوتا ہے جو نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) سے آتے ہیں۔ اگر پیپ جوڑ میں سے نکل کر ربلہ (ham) میں آئے تو یہ غالباً رباط کے اسی حصہ میں سے گزر کر آتی ہے۔

609

منقبض گھٹنے میں جس میں لینی جساء (ankylosis) بھی موجود ہو جہاں تک جوڑ کی بافتوں کا تعلق ہے زیادہ تر انقباض، موضر رباط اور جانبی رباطات اور اس لینی اور شیمی بافت میں پایا جاتا ہے جو قبل الذکر رباط اور موضر صلیبی بند کے درمیان ہوتی ہے۔ لیکن یہ ضرور ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ تمام ساختیں متاثر ہوتی ہیں۔ جلد، صفقات (aponeurosis)، اور بالخصوص عضلات۔

گھٹنے کے جوڑ کی زللابی غشا (synovial membrane) ایک بڑی تہ انبان کی شکل میں چینی سے اوپر کی طرف کو باسط وتر کے نیچے نیچے چلی جاتی ہے۔ یہ تہ انبان اس مقام تک پہنچ جاتی ہے جو فخذی کی بکری سطح (trochlear surface) کے بالائی حاشیہ سے اوپر اس سے ایک انچ سے زائد فاصلہ پر ہوتا ہے۔ اور جب یہ جوڑ سیال سے متہمد ہوتا ہے تو یہ بہت نمایاں ہو جاتی ہے (شکل ۱۲۰)۔ جب گھٹنا خمیدہ کر دیا جاتا ہے تو یہ تہ انبان نیچے کی طرف کو کھینچ جاتی ہے اور اس لئے جب فخذی کے نیچے کے سرے پر کوئی عمل کیا جانے والا ہو تو جارحہ کو اسی وضع پر رکھنے کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ اس زللابی جیب کے اوپر ایک درجہ ہوتی ہے جو عضلہ ذواربعۃ الرؤس (quadriceps) کے وتر کو عظم فخذی سے علیحدہ کرتی ہے۔ اور اس کی عمودی پیمائش عام طور پر ایک انچ سے زیادہ ہوتی ہے (شکل ۱۲۰)۔ شیرخواروں اور بالٹوں دونوں میں گھٹنے کے ۲۶۰ جوڑوں کا امتحان کرنے سے شوارٹز (Schwartz) نے یہ دریافت کیا ہے کہ یہ درجہ شیرخوار بچوں میں ۱۰ واقعات میں سے ۷ میں زللابی کہفہ سے ربط کھینچتی تھی، اور بالٹوں میں ۱۰ میں سے ۷ ہیں۔ اس سے یہ معلوم ہو جائیگا کہ جب یہ ربط موجود ہو تو جو ہول جارحہ کی بسط کردگی کی حالت میں عظم فخذی پر اس کی بکری سطح سے تقریباً ۲ انچ اوپر یا چینی کی چوٹی سے اتنے ہی فاصلہ پر لگے وہ عملی طور پر گھٹنے کے جوڑ کو کھول دیں گے۔

گھٹنے کے جوڑ کے اندر کی زللابی غشا کی پیچیدگی کا انحصار اس امر پر ہے کہ اس میں تین چھوٹے خانے یا مفصلی کہتے ہوتے ہیں۔ اور وہ یہ ہیں۔ (۱) بکری (trochlear) ، چینی کے حرکات کے لئے۔ (۲) خارجی قصبیتی فخذی (external tibio-femoral)۔ (۳) داخلی قصبیتی فخذی (internal tibio-femoral)۔ موزوں ذکر دونوں تقریبی غصرو فوفوں (مفصلی ہالیوں) (articular menisci) کے ذریعہ سے بالائی اور زیرین خانوں میں پھتر قسم ہوجاتے ہیں۔ بالائی خانوں میں قندال کی گردشی حرکتیں واقع ہوتی ہیں ، اور زیرین میں ہالیوں (menisci) اور قصبیہ (tibia) کے درمیان کی انزلاقی حرکتیں (gliding movements)۔ چلتے وقت ان پانچوں خانوں میں حرکتیں واقع ہوتی ہیں۔ مفصلی رباط (ligamentum mucosum) بکری (trochlear) اور قندالی مفصل کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ اور صلیبی رباط (crucial ligaments) قصبیتی فخذی (tibio-femoral) جوڑوں کے درمیان ہوتے ہیں۔

610

صلیبی رباطات (crucial ligaments) اگرچہ زللابی غشا سے کم و بیش مکمل طور پر محصور ہوتے ہیں مگر پھر بھی زللابی کہف سے بالکل باہر ہوتے ہیں۔ موخر صلیبی (posterior) crucial) رباط کیسے کے موخر حصہ کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔

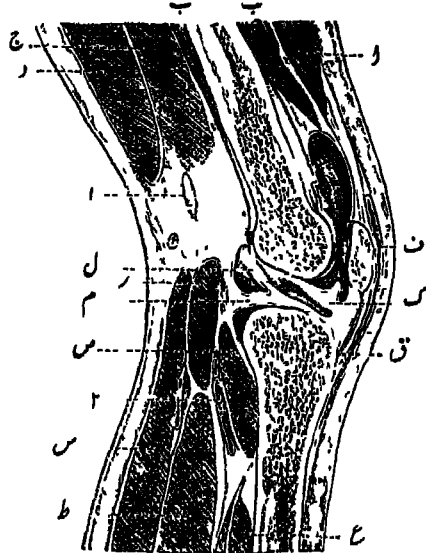
رضعی رباط (patellar ligament) کا بالائی ثلث رضعی جوڑ (patellar joint) کی زللابی غشا سے تعلق رکھتا ہے، گو یہ اس سے چربی کی ایک گدی سے علیحدہ ہوتا ہے۔ اس رباط کا زیرین دو تہائی حصہ اس درجہ اور شمی یافت سے تعلق رکھتا ہے جو اس بند اور قصبیہ (tibia) کے درمیان ہوتی ہیں۔ اگر چینی کی چوٹی پر سے چاقوائتی رخ میں پیچھے کی طرف کہ داخل کیا جائے تو یہ جارحہ کی ربط کردگی کی حالت میں عظم فخذی اور قصبیہ کے درمیان جوڑ کی حد عین قریب سے گزر جائیگا ، اور موزوں ذکر ہڈی سے جائزائے گا۔ لیکن اگر جوڑ میں کوئی انصباب موجود ہو یا جارحہ سفتہ رخم کردہ ہو تو اس طرح داخل کیا ہوا چاقو ان دونوں ہڈیوں کے درمیان گزر جائیگا (نسل ۱۴۰)۔

چینی اور فخذی کی مفصلی سطحوں کے درمیان جو وقفہ ہوتا ہے وہ زللابی غشا کی جھاروں (جراحی رباطات: alar ligaments) سے پُر ہوتا ہے بعض اوقات ان سے غلی زائد سے پیدا

ہو جاتے ہیں، اور علاحدہ ہو کر جوڑ میں آزاد اجسام کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ یہ معلوم ہوتے ہوئے کہ زلزلانی استرا سی بافت سے مشتق ہوتا ہے جس سے ہڈیوں کی مفصلی سطحیں بنتی ہیں اگر اس قسم کے زائدوں میں تغضرف (chondrification) شروع ہو جائے اور غضروفی اجسام بن جائیں تو یہ امر تعجب نہیں نہ ہو گا۔

جوڑ کا مرض - گھٹنے کا جوڑ اپنے محل کے سطحی ہونے کی وجہ سے ایک ایسا مفصل ہے

جس میں چوٹ یا سردی لگنے سے الہتاب نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ سیال سے



شکل ۴۰۔ سیال سے متہر د گھٹنے کے جوڑ کی انتصابی تراش۔

(برائن: Braune)

(ا) عضلہ وسیو خارجہ۔ (ب) ساقیہ۔ (ج) ذوالسین کا چھٹا سر۔ (د) لمبا سر۔ (ه) خمصیہ۔ (و) گیسٹرو پوسٹریئر
(ص)۔ مابضیہ۔ (ط) سیکمیکہ۔ (ع) عضلہ قصبیہ موخر۔ (ف)۔ رضحی درجک۔ (ق)۔ رضحی رباط۔ (ک)۔ مخاطی رباط
(ل)۔ مقدم صلیبی رباط۔ (م)۔ خارجی قمری غضروف۔ ۱۔ خارجی مابضی عصب۔ ۲۔ مابضی شریان۔

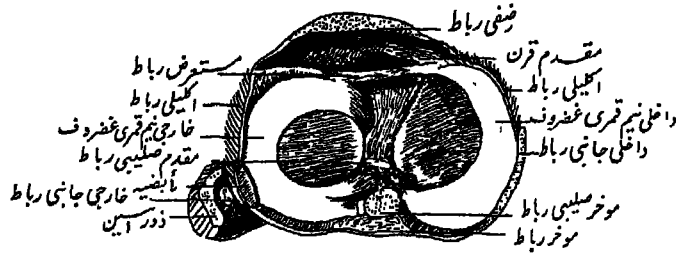
متحد ہونے کی حالت میں انصاف چینی سے اوپر اور اس کے اطراف پر زلابی تاجہ کے ابھر آنے سے جو یہاں دوسرے مقامات کی نسبت سطح سے زیادہ قریبی تعلق رکھتا ہے جلد ظاہر ہو جاتا ہے۔ تو جلد ہی شناخت کیا جاسکتا ہے اور چونکہ چینی عظم فخذی سے دور ہٹ جاتی ہے اس لئے یہ کہا جاتا ہے کہ یہ متحد پیدا کرنے والے سیال پر "تیر رہی ہے" (شکل ۱۲۰)۔ اگر مٹھب گھٹنے کے جوڑ کو علاج کے بغیر چھوڑ دیا جائے تو یہ تقریباً ہمیشہ نیم خم کردگی کی وضع اختیار کر لیتا ہے۔ یہ اسکی وضع سکون ہے۔ اس وضع میں عضلات ڈھیلے ہو جاتے ہیں اور جوڑ کی سطحوں پر دباؤ نہیں ڈالتے۔ رباطات تنیدہ نہیں رہتے اور جوڑ کی گنجائش سیال بڑھ جاتی ہے۔

612

نیم قمری غضروفوں (semilunar cartilages) یا ہلالیوں (menisci) کا خلع۔ ان غضروفوں میں سے ہر ایک اپنی چسپیدگیوں سے جو قصبیہ (tibia) کے ساتھ ہوتی ہیں علیحدہ ہو سکتی ہے، اور اس ہڈی اور عظم فخذی کے درمیان کڑی جاکتی ہے یا بھنس سکتی ہے۔ یہ حادثہ کان کنوں میں جو بھجک کر کام کرتے ہیں اور ان تمام اشخاص میں جو سخت کیسلو اور ورزشوں میں حصہ لیتے ہیں خاص طور پر زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جارحین دفعہ درد پیدا ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی گھٹنا خم کردگی کی حالت میں مثبت ہو جاتا ہے۔ یہ حادثہ بالعموم گھٹنے کے جوڑ کے کم و بیش خمیدہ ہونے کی حالت میں ٹانگ کے مروڑ سے جانے سے واقع ہوتا ہے۔ مگر جیسا کہ ولٹن (Walton) کا خیال ہے یہ انتہائی بسط کردگی کی حالت میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اس کا موثر سبب جوڑ کا اس طرح مروڑا جانا ہے کہ عظم فخذی کے قندال اور قصبیہ (tibia) کے حذیبہ جات مخالف سمتوں میں گردش کریں۔ گھٹنے کے جوڑ کی اندرونی بے ترتیبی کے ۲۰۰ واقعات سے بینیٹ (Bennette) نے یہ دریافت کیا ہے کہ ان میں سے داخلی غضروف ۱۵۵ واقعات میں اور خارجی صرف ۴۵ میں ماؤف تھی۔ یہ بے ترتیبی بائیں گھٹنے میں دائیں کی نسبت تقریباً تین گنا کثرت سے واقع ہوتی تھی! اور یہ ضرور مردوں میں عورتوں کی نسبت ۹ گنا کثرت سے پایا گیا تھا۔ داخلی نیم قمری غضروف کا مقدم سرا بالعموم کوفتہ اور اپنی قصبیہ چسپیدگی سے دیریدہ پایا جاتا ہے۔ داخلی نیم قمری غضروف کے مقدم حصہ کو ضرر پہنچنے کے امکان کو سمجھنے کے لئے

ہم کو اس طریقہ کا جس سے اس کی وضع برقرار رہتی ہے، اور ان حرکات کا جو اس میں واقع ہوتے ہیں، اور اس بار کا جو سخت ورزش کرنے والے اشخاص میں اس پر پڑتا ہے، بخوبی مطالعہ کرنا چاہئے۔ گھٹنے کی بسط کردگی کی حالت میں غیر وضعیت زیادہ آسانی سے واقع نہیں ہوتی کیونکہ غضروفات مفصلی سطحوں کے رباطات کی تنیدگی اور جوڑکے ارد گرد کے عضلات کے فعال انقباض سے ٹھیک طور پر آپس میں مل جانے کی وجہ سے اس طرح مثبت ہو جاتے ہیں ہل نہیں سکتے۔ جب یہ جوڑ جزوی طور پر خم کردہ ہوتا ہے تو داخلی غضروف مندرجہ ذیل

613



شکل ۱۴۱ نیم قمری غضروفات کی تثبیت اور ان کے حرکات کو ظاہر کرتی ہے۔
قصبیہ کے باہر کی طرف یا عظم فخذی کے اندر کی طرف گھوم جانے کی حالت میں داخلی نیم قمری غضروف جو وضع اختیار کرتی ہے وہ سرخ دکھائی گئی ہے۔

ساختوں کے ذریعہ سے مثبت ہوتی ہے۔ (۱) اپنے مقدم قرن کے ذریعہ سے جو مفنی رباط (ligamentum patellae) کی چسپیدگی سے اوپر اور پیچھے جوڑکے کہف کے باہر قصبیہ (tibia) کے ساتھ چسپیدہ ہوتا ہے (شکل ۱۴۱)۔ (۲) مستعرض رباط کے ذریعہ سے خارجی غضروف کے مقدم حصہ کے ساتھ (شکل ۱۴۱)۔ (۳) اکیلی رباط (coronary ligament) کے ذریعہ سے جوڑکے کیسہ اور داخلی جانبی رباط کے ساتھ۔ اس رباط کے مقدم ریشے طویل ترین ہوتے ہیں (شکل ۱۴۱)۔

جب جوڑ مثبت ہوتا ہے تو دونوں غضروفات اور خاص کر داخلی پیچھے کی طرف کو

بجھل جاتے ہیں۔ اسب اگر ذرا سین (biceps) قصبیہ کو دفعہ باہر کی طرف کو گھما دے تو مقدم قرن اس ہڈی کے ساتھ آگے کی اور باہر کی طرف کو چلا جائے گا اور آٹھ ایکڑ موافقہ داخلی جانبی رباط سے عظم فخذی کے داخلی قندال سے مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اور اس طرح داخلی غضروف کے مقدم حصہ پر سخت بار پڑتا ہے اور یہ اس وضع پر آجاتا ہے جو شکل ۱۴ میں دکھائی گئی ہے۔ جب پاؤں اور قصبیہ مثبت ہوں اور عظم فخذی اندر کی طرف کو گھوم جائے جیسا کہ بسط کردگی کی نیل پر ہوتا ہے تو بھی اسی قسم کا بار پڑتا ہے۔ داخلی نیم قری غضروف کا کمزور ترین مقام اس کے مقدم ثلث کے باریک اندرونی پلائی حاشیہ پر ہوتا ہے۔ اور جزوی انشقاق اسی مقام پر بالعموم واقع ہوتا ہے۔ شدید درد کی وجہ انشقاق اور یہ امر ہے کہ اس بار سے غضروف قصبیہ اور فخذی کے درمیان فائز کی طرح آجاتی ہے، اور اس طرح یہ ہڈیاں ایک دوسرے سے زور سے دور ہوتی ہیں اور اس جوڑ کے مضبوط رباطات کی دفعہ پیش توسیع ہو جاتی ہے۔

614

خارجی نیم قری غضروف داخلی سے زیادہ چھوٹا زیادہ گول اور زیادہ حرکت پذیر ہوتی ہے۔ اور شاید انہی وجوہ سے اس کے ہڈیوں کے درمیان پکڑے جاتیکا، کم امکان ہوتا ہے۔ یہ موضع صلیبی رباط (posterior crucial ligament) کے ذریعہ سے کسی حد تک عظم فخذی سے چسپیدہ ہوتی ہے اور عضلہ مابضیہ (popliteus) کے وتر سے اس میں ایک میزاج بنا ہوتا ہے۔ اس کے محفوظ رہنے کے ہی دو اسباب ہیں (شکل ۱۴)۔ یہ امر حیرت انگیز ہے کہ اس قسم کی ضرر رسیدہ غضروفوں کا استیصال کیا جاسکتا ہے اور پھر بھی جوڑ کی حرکتیں مل طور پر واپس آجاتی ہیں۔

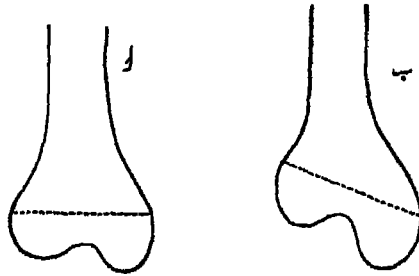
روح الرکبہ (genu valgum) یا گھٹنوں کا ٹکرا کرانا (knock-knee)۔

اس عارضہ سے جو منظر پیدا ہوتے ہیں وہ مشہور معروف ہیں۔ جب تندرست انسان پاؤں جوڑ کر سیدھا کھڑا ہوتا ہے تو قصبیہ ہڈیاں تقریباً انتصابی حالت میں ہوتی ہیں اور فخذی ہڈیاں ان سے ایک خاص زاویہ قصبیہ یعنی فخذی زاویہ (tibio-femoral angle) پر ملتی ہیں۔ اس زاویہ کی مقدار کا انحصار طبعی موضوعات میں زیادہ تر عوص کے اضافی عرض پر ہوتا ہے۔ روح الرکبہ (genu valgum) میں یہ زاویہ زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔

قصبیہ جات (tibiae) سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں انتصابی نہیں رہتے۔ ان کے زیرین سرے خط وسطی سے زیادہ منحرف ہوتے جاتے ہیں، حتیٰ کہ جب مریض سیدھا کھڑا ہوتا ہے اور جارحہ کو گردش دینے سے کسی ہڈی کو نہیں چھپاتا تو دونوں ٹخنوں کے درمیان معتدبہ فاصلہ ہو جاتا ہے۔

روح الرکبہ (genu valgum) کے عارضہ کو سمجھنے کے لئے ہم کو ان عضلات کے فصل کی اہمیت اچھی طرح معلوم کر لینا چاہئے جو گھٹنے کے جوڑ کی اندرونی یا وسطانی جانب پر اثر کرتے ہیں۔ نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) نیم وتری عضلہ (semitendinosus)، عضلہ رشیقیہ (gracilis) اور عضلہ خیاطیہ (sartorius)۔ سیدھا کھڑے ہوتے ہی ان عضلات میں تنش یا انقباض کی ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اور عضلہ باسط ذوار بعتہ الرؤس (quadriceps extensor) ڈھیلا ہو جاتا ہے۔ گھٹنے کی وسطانی جانب پر سہارا دینے والے یہ عضلات قصبیہ کو حوض سے معلق رکھتے ہیں اور اس طرح کھڑے ہونے کی حالت میں گھٹنے مستحکم ہو جاتے ہیں، اور یہ عضلی پٹیاں جسم کے وزن کو کسی حد تک برداشت کرتی ہیں۔ روح الرکبہ (genu valgum) کی پیدائش کا پہلا مرحلہ عمومی وضعی عضلات کا ناقص فعل۔ تحلیل قوت ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ (۱) داخلی جانبی رباط پر ایک بار پڑتا ہے، اور (۲) داخلی فخذی قندال اور قصبیتی حدیب کے درمیان ایک رخنے ظاہر ہو جانے کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے۔ جوڑ کی سطحوں پر کے دباؤ متغیر ہو جاتے ہیں اور اس تغیر کے ساتھ ہی جوڑ کے قرب جوار کی ہڈیوں کی بالیدگی میں بھی تبدیلی پیدا ہو جاتی ہے کیونکہ قانون لف (Wolff's law) کے مطابق ہر ایک ہڈی کی بالیدگی اس دباؤ سے ظہور پاتی ہے جو اس پر پڑتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اندرونی فخذی قندال اور قصبیتی حدیب میں بیش بالیدگی پیدا ہو جاتی ہے جبکہ اندر گریف سے سہارا دینے والے عضلات کے کشل کی وجہ سے ان پر دباؤ نہیں پڑتا۔ کم عمر بچوں میں بر بانی خطوط کے متصلہ حصوں میں جو ترجیحی وضع اختیار کر لیتے ہیں بیش بالیدگی پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ بیش بالیدگی بر بانی خطوط کی پوری کی جانب پر ہوتی ہے اور قندالی جانب پر نہیں ہوتی (شکل ۱۴۲)۔ قندالوں کے مقدم موضوعوں میں کوئی تغیر واقع نہیں ہوتا۔ لہذا بیٹھنے پر

جب کہ گھٹنا خمیدہ ہو جاتا ہے، بذریعہ غائب ہو جاتی ہے۔
چینی کے کسور۔ یہ ہڈی جسم کی کسی دوسری ہڈی کی نسبت عضلی زور سے زیادہ کثرت سے ٹوٹی ہے۔ اگرچہ چینی عضلی زور اور بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹ سکتی ہے مگر یہ ظاہر ہے کہ قبل الذکر حالت سے یہ قدر زیادہ کثرت سے پیدا ہوتا ہے۔ چنانچہ ہیمیلٹن (Hamilton) نے سادہ متعرض کسر کے جو ۱۲ واقعات جمع کئے ہیں ان کے متعلق اسکا یہ خیال ہے کہ ۱۰۶ مثالوں میں عضلی فعل تضرر کا باعث تھا۔
کسر کی جو قسم عضلی زور سے پیدا ہوتی ہے اس میں بہت کیسانیت پائی جاتی ہے۔

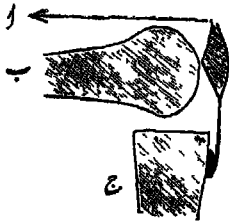


شکل ۱۲۲۔ ا۔ طبعی عظم فذی۔ جب عظم فذی روح الکرکبہ کی ترقی یافتہ حالت میں جس سے داخلی قندال کی کلانی ظاہر ہوتی ہے۔
نقطہ وار خط ہر ایک خاکہ میں برابر کے خط کو ظاہر کرتا ہے۔

یہ تقریباً ہمیشہ متعرض اور سادہ ہوتا ہے، اور اس ہڈی کے مرکز پر سے یا اس نقطہ کے عین اوپر یا نیچے سے گزرتا ہے۔ گھٹنے کی جو وضع عضلی فعل کے ذریعہ سے کسور واقع ہونے کی سب سے زیادہ مساعدت کرتی ہے وہ خم کردگی کی وضع ہے۔ جب گھٹنا خمیدہ ہوتا ہے تو چینی صرف اپنے متعرض محور پر ہی فذی قندالوں پر ممکن ہوتی ہے۔ اس کا تقریباً تمام بالائی نصف پیچھے کی طرف بغیر سہارے کے ہوتا ہے، اور عضلہ باسطہ اس خط کی سمت میں فعل کرتا ہے۔

جو اس ہڈی کے انتصابی محور سے زاویہ قائمہ پر ہوتا ہے۔ چنانچہ ذواربعت الزکو (quadriceps) کے شدید انقباض سے چینی بعض اوقات قنڈال پر سے اس طرح ٹوٹ جاتی ہے جیسا کہ کوئی چھڑی گھٹنے پر رکھ کر توڑی جاتی ہے (شکل ۱۴۳)۔ چونکہ کسر سے مریض بالعموم گر جاتا اس لئے یہ فرض کر لیا گیا ہے کہ کسر ساقین عضلی فعل سے پیدا ہونے کی بجائے گھٹنے کے زمین پر لگنے سے پیدا ہوتا ہوگا۔ لیکن جیسا کہ ہیلٹن (Hamilton) نے اشارہ کیا ہے اگر کوئی شخص خمیدہ گھٹنے کے بل گرے جبکہ جارمہ بھی دھڑ پر غم کردہ ہو تو زمین پر جو حصہ لگتا ہے وہ چینی نہیں ہوتی بلکہ قصبیہ کا درنہ (tubercle) ہوتا ہے۔

واقعات کی ایک بڑی اکثریت میں یہ ضرر نہ صرف ہڈی پر ہی اثر انداز ہوتا ہے بلکہ اس غضروف اور لینی بافتوں پر بھی اثر کرتا ہے جو علی الترتیب اس کو پیچھے اور آگے سے ڈھکتی ہیں۔



زلابی غشا بھی دریدہ ہو جاتی ہے۔ اور رضنی درجک (patellar bursa) کھل جاتی ہے۔ اس طرح زلابی

مشمولات بعض اوقات درحقیقت جلد سے مس کرنے لگتے ہیں۔ ان تمام واقعات میں جن میں ٹکڑوں میں بہت علیحدگی پائی جاتی ہے اس یعنی پھیلاؤ کی دریدگی بھی ضروری ہوتی ہے جو چینی کی ہر ایک طرف پھیل رہا ہوتا ہے۔ ایک واقعہ ہے کہ جب تک کہ یہ پھیلاؤ منقطع نہ ہو جائے ضعیف سی علیحدگی کے علاوہ اور کسی قسم کی علیحدگی ممکن نہیں ہوتی۔

شکل ۱۴۳۔ ٹیکل چینی کے اس کسر کو ظاہر کرتی ہے جو عضلی فعل سے واقع ہوتا ہے۔ ایضاً ذواربعت الزکوس کا خط فعل۔ ج۔ عظم فخذی۔ ج۔ قصبیہ۔

بران (Braune) نے جانبی رباطی ساختوں کو نقصان پہنچانے کے بغیر چینی کو آری سے کاٹنے سے اور یہ معلوم

کرنے سے کہ جب تک یہ ساختیں نہ کاٹ دی جائیں ٹکڑوں کی صرف ذراسی علیحدگی ہی ممکن ہے اس امر کا مظاہرہ تجربہ سے کیا ہے۔ اس قسم کے کسر میں ٹکڑوں کے درمیان صفاق (aponeurosis) کی دریدہ جھالروں کے آجانے سے عظمی اتحاد واقع نہیں ہوتا تاوقتیکہ ان کو آزاد کرنے اور ہڈی کے ٹکڑوں کو تار سے باندھنے کا عمل نہ سرانجام دیا جائے۔

چینی عضلی تشدد سے باسط وتر یا رباط رضفی (ligamentum patellæ) کی نسبت زیادہ آسانی سے ٹوٹتی ہے۔ خم کردگی کی حالت میں یہ دیکھا جاتا ہے (شکل ۱۴۳) کہ یہ ہڈی دوسری ساختوں کے مقابلہ میں بہت نامساعد وضع میں ہوتی ہے۔ ریشیز (Richet) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی جس میں عضلہ ذواربعتہ (quadriceps) کے شدید انقباض سے قصبیہ (tibia) کا درنہ ہڈی سے قریبی تعلق رکھنے والے دوسرے حصوں کے کبھی ہر کے بغیر علیحدہ ہو گیا تھا۔

بجلی شکل (stellate) کسور میں جو بلا واسطہ ضرب سے پیدا ہوتے ہیں باسط وتر کا لینی پھیلاؤ صحیح و سالم رہتا ہے، اور شکستہ ہڈی کے حصوں میں کچھ علحدگی پیدا نہیں ہونے دیتا۔

بعض اوقات چینی خلقی طور پر غائب ہوتی ہے۔ یہ عضلہ ذواربعتہ الرؤس (quadriceps) کے وتر میں نمودیاتی ہے۔ اور دوسرے سال کے اختتام تک غضروفی رہتی ہے۔ سمسمانی الہل ہونے کے باوجود اس ہڈی کو کمر کے بعد اگر تار سے کس کر باندھ دیا جائے تو اس میں مضبوط عظمی اتحاد واقع ہو جاتا ہے۔ اس کی رسد خون گھٹنے کے گرد کی تقریباً تمام شریانوں سے آتی ہے۔

چینی کا خلع - یہ ہڈی باہر کی یا اندر کی طرف کو مخلوع ہو سکتی ہے، یا یہ کور کے کھڑی ہو جاتی ہے جس سے اس کی مقدم اور موخر سطحیں جانبی بن جاتی ہیں۔ باہر کی طرف کا خلع نہایت ہی کثیر الوقوع ہے۔ اور یہ اس امر پر منحصر ہے کہ عضلہ ذواربعتہ الرؤس (quadriceps) چینی اور رضفی رباط (ligamentum patellæ) سب کے سب عضلہ کے منقبض ہونے کی حالت میں عظم فخذی اور قصبیہ کی سیدھ میں حرکت نہیں کرتے۔ یہ زیادہ تر اس خط کی سیدھ میں ہوتے ہیں جو اُس زاویہ کے باہر کی طرف سے گذرتا ہے جو گھٹنے کے چوڑے عظم فخذی اور ٹانگ سے بنتا ہے۔ لہذا عضلی انقباض کا میلان چینی کو باہر کی طرف کو کھینچنے کی طرف ہوتا ہے، اور اس میلان کی تصحیح تمام طبعی حالتوں میں خارجی قندال کے زیادہ مرتفع ہونے سے ہو جاتی ہے۔ مزید برآں یہ بھی کہا جاتا ہے کہ عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) داخلہ کی نسبت زیادہ قوی ہوتا ہے، یا

عضلہ وسیعہ داخلہ (vastus internus) بعض اوقات جزوی طور پر مشلول ہوتا ہے (ڈی۔ گرگیت : D. Greig)۔ ناشرہ روائیہ فخذیہ (tensor fasciæ femoris) کی ایک چسپیدگی فخذی قصبیتی بند (ilio-tibial band) کی وساطت سے چپنی سے ہوتی ہے۔ بعض مریض اس عضلہ کو دفعۃً فعل میں لانے سے چپنی کا بیرونی خلع اختیاری طور پر پیدا کر سکتے ہیں۔ خلوع بالعموم جوڑ کی بسط کردگی کی حالت میں واقع ہوتے ہیں اور عموماً عضلی فعل سے پیدا ہوتے ہیں۔

گھٹنے کے خلوع میں جو بہت نادر الوقوع ہیں قصبیہ (tibia) باہر کی طرف کو یا اندر کی طرف کو یا آگے کی طرف کو یا پیچھے کی طرف کو ہٹ سکتی ہے۔ دونوں جانبی خلوع مقدم موخر خلوع کی نسبت زیادہ کثیر الوقوع ہیں۔ ایسے خلوع جوڑوں کا لاشعاعوں کے ذریعہ سے امتحان کرنے سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ قصبیتی شوکہ (tibial spine) یا تو ٹوٹ جاتا ہے یا کسی ایک صلیبی رباط کے قصبیتی منہتی کے ساتھ علیحدہ ہو جاتا ہے۔ قصبیہ کے شوکہ کا اضلال جو فخذی قندالوں کے درمیان ہوتا ہے جانبی خلع کو رکاوٹ پیش کرتا ہے قبل الذکر خلوع تقریباً ہمیشہ جزوی ہوتے ہیں اور موخر الذکر بالعموم مکمل۔ رباطات اور عضلات کے بہت مضبوط اور متعلقہ ہڈیوں کے بہت چوڑا ہونے کی وجہ سے ان خلوع کی پیدائش کے لئے بہت سے تشدد کی ضرورت ہوتی ہے۔ قصبیہ (tibia) یا عظم فخذی پر کبلا واسطہ تشدد و جس کے ساتھ قبل الذکر مہمی اکثر موڑ دی جاتی ہے اس ضرر کا عام سبب ہے۔

اغلب ہے کہ گھٹنے کے جملہ خلوع میں صلیبی رباطات (crucial ligaments)

619 ٹوٹ جاتے ہوں۔ جانبی رباطات مہمی بالعموم منشق ہو جاتے ہیں، لیکن جزوی خلوع میں بعض اوقات صحیح و سالم پائے جاتے ہیں۔ عضلات وسیعہ (vasti) کا وتری پھیلاؤ جو گھٹنے کے سامنے ہوتا ہے جزوی خلوع میں بھی کسی قدر دریدگی سے شاذ و نادر ہی محفوظ رہتا ہے۔ ڈاکٹر ایف۔ ایس۔ میکنزئی (F. S. Mackenzie) نے مردہ جسم پر تجربہ کرنے سے یہ دریافت کیا ہے کہ صلیبی رباطات کو کاٹ دینے کے بعد بھی اس طاقت پر کوئی مادی اثر نہیں ہوتا جو گھٹنے کے جوڑ کا خلع پیدا کرنے کے لئے درکار ہوتی ہے۔ اس نے یہ بھی معلوم کیا کہ آٹھ تجربوں میں سے سات میں کسر واقع نہیں ہوا بلکہ خلع پیدا ہوا، درج ذیل

زندگی میں کسر نہایت عام ہوتا ہے۔ ان امور سے وہ اس نتیجہ پر پہنچا ہے کہ جوڑکی قوت کا انحصار ارد گرد کے رابطات کی نسبت ارد گرد کے عضلات پر ہے۔

مابضی عروق (popliteal vessels) اور اعصاب خلفی غیر وضعیت میں قصبیہ سے متاثر ہونے کی نسبت مقدم خلع میں عظم فخذی سے زیادہ مضبوط ہو جاتے ہیں اور بظاہر زیادہ شدید طور پر ضرر سیدہ پائے جاتے ہیں۔

فخذی کا زیرین سرا۔ فخذی کا قذالی حصہ تقریباً سب کا سب ٹھوس ہڈی کی ایک باریک سی تہ کے سوائے شبکی ہڈی سے مرکب ہوتا ہے۔ یہ اتنا اسفنجی ہوتا ہے کہ گولی ہڈی کو ریزہ ریزہ کرنے اور مفصل کو نقصان پہنچانے کے بغیر اس کو منقبت کر دیتی ہے جیسا کہ لی گوئیست (Legouest) نے اشارہ کیا ہے۔ اس ہڈی کے زیرین سرے میں جو جو کسور پائے جاسکتے ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں: (۱) پوری کا کسر قذالوں سے اوپر۔ (۲) زیرین بر بالہ کی علحدگی۔ (۳) ایسا کسر جو بیرونی یا اندرونی قذال کو علحدہ کر دیتا ہے۔ (۴) ٹی (T) کی فحل کا ایک کسر یعنی مستعرض کسر جو قذالوں سے اوپر واقع ہوتا ہے اور جس کا انتصابی حصہ ان زائندوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ ضرات قاعدۃً ایسی بلا واسطہ چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں جو اچھی طرح سے مختص المقام ہو۔ کسور اوہم بالواسطہ چوٹ مثلاً بلندی پر سے پاؤں کے بل گرنے سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ سرہنری مورس (Sir Henry Morris) کا یہ بیان ہے کہ جانبی خم کردگی یا جانبی رخ میں لگائی ہوئی قوت بر بالہ کو علحدہ کرنے کے لئے موزوں ترین ہوتی ہے۔ یہاں صرف ایک ہی کسر کے خاص طور پر ذکر کرنے کی ضرورت ہے اور وہ پوری کا وہ کسر ہے جو قذالوں سے عین اوپر ہوتا ہے۔ یہ ضرر بر بالہ کے خط سے تقریباً ۲ انچ اوپر واقع ہوتا ہے۔ اور یہ اس مقام کا تناظر ہوتا ہے جہاں ٹھوس ہڈی کی پوری اس ہڈی کے زیرین سرے کی زیادہ نرم اور زیادہ شبکی بافت سے ملتی ہے۔ نیز یہ اس جگہ کے بھی قریب ہوتا ہے جہاں فخذی شریان ہڈی کو عبور کر کے مابض میں پہنچتی ہے۔ اس لئے ایسا بھی ہوا ہے کہ اس خاص ضرر میں یہ عرق ہڈی کی کرچوں سے زخمی ہو گیا ہے۔ یہ کسر بالعموم پیچھے سے نیچے کی اور آگے کی طرف کو ترچھا واقع ہوتا ہے۔ نیچے کا ٹکڑا انہی عضلات سے اوپر کھینچا جاتا ہے جو پوری کے کسور میں قصیدہ کرتے ہیں

(صفحہ 597)۔ اور اس کے تیز بالائی سرے کے گیسٹروکنیمیس (gastrocnemius) کے ذریعہ سے ابھی فضا میں زور سے کھینچ جانے کا امکان ہوتا ہے۔ موخر الذکر غیر وضعیت کو درست کرنا مشکل ہوتا ہے۔ اگر جارحہ بسط کر دگی کی حالت میں ہو تو یہ ٹکڑا ربلہ میں اور زیادہ کھینچ جاتا ہے اور یہ ممکن ہے کہ جارحہ سیدھا دکھائی دے اور اس پر بھی گھٹنا بہت خمیدہ ہو۔ گیسٹروکنیمیس (gastrocnemius) کے انقباض کا رجحان نیچے کے فخذی ٹکڑے کو ابھی فضا میں برقرار رکھنے کی طرف ہوتا ہے۔ اور اس لئے انخیلی وتر (tendo Achillis) (عقبیتی: calcaneus) کو کاٹ دینے کی رائے پیش کی گئی ہے۔ عضلات مقابل کے معکوس انقباض کو جارحہ مسلسل جو کا استعمال کرنے سے رفع کیا جاتا ہے۔ فخذی کے نیچے کے ٹکڑے کو ٹانگ کو ران پر مکمل طور پر خمیدہ کرنے سے اس کی جگہ پر پھر قائم کیا جاسکتا ہے۔ (ہینسن: Hutchinson اور برنارڈ: Barnard)۔

قصبیہ (tibia) کے بالائی سرے میں بعض اوقات کسر واقع ہوتا ہے، گو اس ہڈی کے تمام حصوں میں سے اس کا بالائی ایک تہائی حصہ وہ حصہ ہے جو سب سے کمسور ہوتا ہے۔ ہر ایک حدیبہ بھی ٹوٹ سکتا ہے۔ یا پوری کے بالائی سرے میں مستعرض یا تڑچھا کسر واقع ہو سکتا ہے جس کے ساتھ ایک انتصابی کسر بھی ہوتا ہے جو دونوں حدیبہ کے درمیان سے جوڑ کے اندر تک چلا جاتا ہے۔ ایسے حادثات تقریباً ہمیشہ شدید بلا واسطہ چوٹ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

درنہ (tubercle) اکثر واقعات میں اس برہالی مرکز کی توسیع سے متعلقم ہوتا ہے جو قصبیہ کے اوپر کے سرے کے لئے ہوتا ہے۔ مگر بعض اوقات اس کا مرکز علیحدہ بھی ہوتا ہے (شلیٹر: Schlatter)۔ ریعان میں مقدم درنہ کے اوپر کارہالی لب بعض اوقات مرتفع اور الیم ہوتا ہے اور بظاہر علحدہ پایا جاتا ہے۔ یہ حالت بعض اوقات کسر کی ایک قسم تصور کی جاتی ہے مگر یہ غالباً عام طور پر کم درجہ کی کشیدگی کے سرایتی عمل سے ابتداؤ پیدا ہوتی ہے (شلیٹر کا مرض: Schlatter's disease)۔ اس ہڈی کے سر میں اور فخذی کے زیرین سرے میں جو اسفنجی بافت ہوتی ہے وہ منجی سلہ (myeloma) کے لئے بدرجہ اولیٰ ایک مساعد مقام ہے۔

گھٹنے کے جوڑ کا استیصال کرتے وقت سر رابرٹ جونز (Sir Robert Jones) پہلے جوڑ کو علیتی مین کے سرے پر خمیدہ کر لیتا ہے۔ اور اسے حتی الامکان اسی وضع میں قائم رکھتا ہے کیونکہ اگر یہ ہل جائے تو یہ ہوا چوس لیتا ہے، اور اسکے ساتھ بعض اوقات سرائٹ اندر پہنچ جاتی ہے۔ وہ جوڑ کو ایک انتصابی شکاف سے کھوتا ہے جس سے مہنی اور رُضفی رباط (ligamentum patellæ) دائیں اور بائیں نصف حصوں میں کاٹ دئے جاتے ہیں۔ یکہف کے جوڑ کیلئے عبور رُضفی (transpatellar) راستہ ہے۔

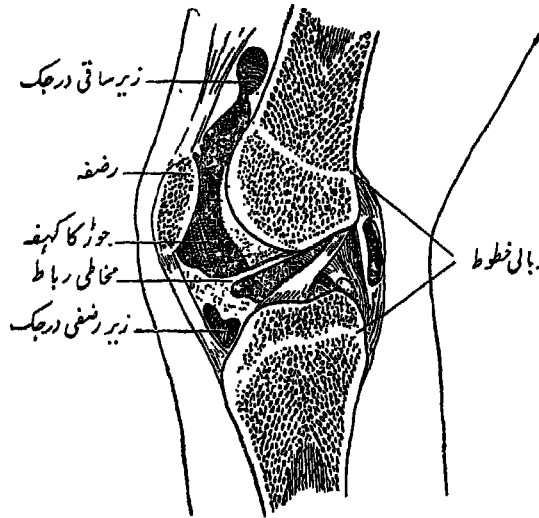
نفل نما شکاف میں سے، جو ایک قندال کے پیچھے سے شروع کیا جاتا ہے اور رُضفی رباط (ligamentum patellæ) کے اوپر سے لاکر دوسرے قندال کے پیچھے ختم کر دیا جاتا ہے، گھٹنے کے جوڑ کا استیصال کرتے وقت مندرجہ ذیل سات خنٹیں کاٹی جاتی ہیں:- جلد، ردا، اعصاب کا رُضفی ضغیرہ، (جو وسطی اور اندرونی جلدی اعصاب اور طویل صافنی عصب کی رُضفی شاخ سے بنتا ہے)، رُضفی درجک، کیسہ کا مقدم حصہ، رُضفی رباط (ligamentum patellæ)، زلابی غشا، جانبی اور صلیبی رباطات، فوقانی اور تحتانی مفصلی شاخیں، نفی کبیر (anastomotica magna) اور مقدم قبضیتی باز گرد عروق۔

داخلی قندال کے اوپر کا شکاف پیچھے کی طرف اتنا دور نہ ہونا چاہئے کہ اس سے داخلی صافنی ورید اور عصب بھی کٹ جائے۔ فخذی کو آری سے کاٹتے وقت یہ نہایت ضروری ہے کہ ہڈی کی مفصلی سطح کا صحیح صحیح میلان قائم رکھا جائے۔ اگر یہ اچھی طرح سے نہ کاٹی جائے گی تو مریض کی ٹانگ کمان کی طرح خمیدہ رہے گی، یا اس کے گھٹنے ٹکرائینگے، یا اسے خم کر دگی یا غلطی انحناء کی شکایت رہے گی۔ لہذا قاعدہ یہ ہے کہ آری مفصلی سطح کے متوازی اور پوری سے عموماً رکھی جائے۔

کم عمر مریضوں میں اس امر کے متعلق ضرور احتیاط رکھنا چاہئے کہ آری کی کاٹیں برابر بالی خط کی دوسری طرف تک نہ جانے پائیں۔ فخذی برابر بالہ کی بالائی حد ایک نفی خط سے جو ہڈی پر سے عضلہ مقربہ کبیرہ کے درنہ کے لیول پر کھینچا جائے ظاہر کجا سکتی ہے (شکل ۱۳۲)۔

اگر استیصال میں تمام بکری سطح (trochlear surface) علحدہ کر دی جائے تو تمام بربالہ دور ہو جائے گا۔ اس بربالہ میں پیدائش سے بہت قلیل عرصہ پہلے ایک مجرذوات پیدا ہوتا ہے اور وہ پوری سے ۲۰-۲۱ سال کی عمر میں متحد ہو جاتا ہے۔

قصبیاتی بربالہ (tibial epiphysis) کے حدود جانبین پر اور پیچھے کی طرف اس افقی خط سے ظاہر ہوتے ہیں جو عین حدیبہ جات کی نشان دہی کرتا ہے۔ اس لئے



فصل ۱۴۴۔ گھٹنے کے جوڑ کے قرب و جوار کے بربالی خطوط اور ان کا تعلق زلابی غشا سے۔ (الین تھامسن: Allen Thomson کے مطابق)۔

اس میں وہ نشیب بھی شامل ہوتا ہے جو نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) کے غتہ کے لئے ہوتا ہے، اور وہ رچھ بھی جو شظیہ (fibula) کے لئے ہوتا ہے۔ سامنے کی طرف بربالی خط ہر ایک جانب پر ایک نقطہ تک ڈھلتا چلا جاتا ہے جو پیش ساق کے بالائی سرے پر ہوتا ہے، اور اس طرح یہ نصیبہ کے تمام درندہ کو گھیر لیتا ہے۔

یہ مرکز اصلی ہڈی سے اکیسویں یا بائیسویں سال پر متحد ہوتا ہے۔

اس جوڑ کا استیصال کرتے وقت مابضی شریان (popliteal artery) کے

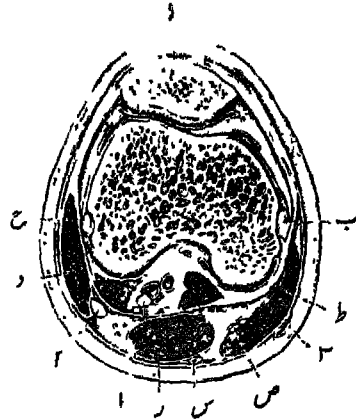
زخمی ہونے کا خطرہ ہوتا ہے۔ اس عرق اور عظم فخذی کی مابضی سطح میں کچھ فاصلہ ہوتا ہے (شکل ۱۴۵) مگر یہ قصبہ سے بہت قریبی تعلق رکھتا ہے اور اس ہڈی کے بالائی لیول پر صرف موخر رباط ہی ان کے درمیان حائل ہوتا ہے اس لئے عظم فخذی کے زیرین حصہ کو دور کرنے کی نسبت قصبہ کو آری سے کاٹنے وقت اس شریان کے زخمی ہونے کا خطرہ زیادہ ہوتا ہے۔

گھٹنے کے استیصال (excision of the knee) کی جگہ خاص کر بچوں اور نوجوانوں میں زیادہ تر مفصل برآری (arthrectomy) سے انجام دی جاتی ہے۔

گھٹنے کے جوڑ کی سیلیٹ۔ جوڑ کی

بہت سی پیچیدگی کی وجہ سے سرائت حادث کے واقعات میں جراحی سیلیٹ کا گل میں لانا اور اسے برقرار رکھنا مشکل ہوتا ہے۔ شکل ۱۴۴ کو دیکھنے سے یہ ظاہر ہو جائیگا کہ جوڑ کے تمام کھنڈ کو صرف مقدم شکافات ہی سے مناسب طور پر نہیں کھولا جاسکتا۔ قندالوں کی پھیلی طرف پر بھی وہاں کی زلابی جیلوں کو کھولنے کے لئے شکاف دینے ضروری ہوتے ہیں۔

بعضی عروق (popliteal vessels) کے باہر کی طرف بھی اس جیب کی سیلیٹ کے لئے جو عضلہ مابضیہ (popliteus) سے تعلق رکھتی ہے اکثر یا بچوں شکاف دینا ضروری ہوتا ہے۔



شکل ۱۴۵۔ بائیں گھٹنے کے جوڑ کی مستعرض تراش چینی کے مرکز پر سے۔

(برآن: Braune)

۱۔ ریشی درجک۔ ب۔ داخلی جانبی رباط اور اندرونی قندال۔ ج۔ خارجی جانبی رباط اور بیرونی قندال۔ د۔ زور سین۔ ہ۔ نیم نشانی عضلہ۔ س۔ نیم وتری عضلہ۔ ص۔ عضلہ ریشیقہ کا وتر۔ ط۔ عضلہ خیطیہ۔ ۱۔ داخلی مابضی عصب۔ ۲۔ خارجی مابضی عصب۔ ۳۔ داخلی صافنی دریدہ۔

بعض اوقات اس حالت میں بھی پہلے چند دنوں کے بعد سیلیت ناکافی ثابت ہوتی ہے۔ اور خطرناک حالت میں سب سے بہتر یہ ہوتا ہے کہ جوڑ کو یو (U) کی شکل کے ایکسٹینشن سے جوڑی رباط (ligamentum patellae) پر سے اس کو کٹا ہوا گذرے کھول دیا جائے اور جوڑ کو اسی طرح خوب کشادہ رہنے دیا جائے تا وقتیکہ یہ اتنا صاف نہ ہو جائے کہ اسے بند کیا جاسکے۔

گھٹنے کے جوڑ کے لئے سکون۔ گھٹنے کے ضربات اور امراض کے ابتدائی مدارج میں جراح کا پہلا مقصد یہ ہوتا ہے کہ جوڑ کے لئے سکون مہیا کرے، اور دوسرا اور بعد کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ اس کے فعل کو از سر نو قائم کرے۔ نیز گھٹنے کے جوڑ کو سکون دینے کے لئے یہ ضروری ہے کہ کوئے کے اور گھٹنے کے جوڑوں کو بھی سکون دیا جائے۔ کیونکہ بہت سے عضلات جو گھٹنے پر فعل کرتے ہیں کوئے اور گھٹنے پر بھی فعل کرتے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ دہرے جوڑوں والے عضلات کے فعل کو زائل نہیں کیا جاسکتا تا وقتیکہ ان تمام جوڑوں کو جن پر یہ فعل کرتے ہیں ساکن نہ کر دیا جائے۔ ہاں درجہ کے اختتام کے ساتھ ہی یہ ضروری ہوتا ہے کہ ساکن کئے ہوئے عضلات کے افعال کی تجدید کی جائے۔ ایسا افعال اور فعل حرکات سے کیا جاسکتا ہے، جن میں جارحہ اسفل کے تمام جوڑ لازمی طور پر حصہ لیں۔

گھٹنے کے جوڑ میں سے ہتر سینٹین سمیتھ کے ٹوپ دار مساوی جانبی دامن والے طریقہ (Stephen Smith's hooded equal lateral flap method) سے موزوں طور پر کیا جاسکتا ہے۔ مگر اس سے دو نقصان پیدا ہوتے ہیں یعنی (۱) اگر مصنوعی جوڑ دار جارحہ استعمال کیا جائے تو اس کا جوڑ لازمی طور پر طبعی جوڑ سے پیچھے ہوتا ہے اس لئے مریض کے دونوں گھٹنوں کے لیول مختلف ہو جاتے ہیں۔ (۲) جوڑ لابی ناچہ پیچھے رہ جاتا ہے اس میں الہتاب زلاب (synovitis) کے متوالی حلے واقع ہونیکا خطرہ ہوتا ہے۔ لہذا اکثر جراح فوق قنالی علیہ مثلاً سٹوکس گریٹی (Stokes-Gritti) کے ہتر کو یاران کے زیریں اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر کے ہتر کو ترجیح دیتے ہیں۔

باب سبست و پنجم ٹانگ

625

(LEG)

سطحی تشریح - قصبیہ کا مقدم کنارہ جس سے پیش ساق کا فراز بنتا ہے تمام کا تمام محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ کنارہ کیسی قدر خمدار ہوتا ہے۔ اوپر کی طرف یہ باہر کو اور نیچے کی طرف یہ اندر کو خمیدہ ہوتا ہے۔ اس ہڈی کی سولیش اندرونی سطح زیر جلدی ہوتی ہے اور اس کے اندرونی کنارہ کا عذیبہ (وسطانی قصبیتی قسنال medial tibial condyle) سے لیکر کعبیہ (malleolus) تک تعاقب کیا جاسکتا ہے۔ شظیہ (fibula) کا سر واضح طور پر شناخت کیا جاسکتا ہے۔ لیکن اس کی پوری کا بالائی نصف عضلات کے اس تودہ کے نیچے غائب ہو جاتا ہے جو جارحہ کی باہر کی طرف پایا جاتا ہے۔ شظیہ کی پوری کا زیرین نصف محسوس کیا جاسکتا ہے اور یہ ہڈی کعبیہ کے عین اوپر عضلہ شظیہ ثالثہ (peroneus tertitius) اور دوسرے دونوں شظلی عضلات کے درمیانی وقفہ میں زیر جلدی ہو جاتی ہے۔ شظیہ (fibula) قصبیہ کی سیدھ سے اتنی پیچھے واقع ہوتی ہے کہ اگر اندر کرکٹ سے قصبیہ کے پیچھے سے ٹانگ میں سے چاقو مستعرضاً گزرا جائے تو وہ باہر کی طرف شظیہ کے آگے نکلے گا (شکل ۱۴۷)۔

قصبیہ اور شظیہ کے درمیان عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anterior) کا خاکہ

جب کہ یہ اپنا فعل سرانجام دے رہا ہو ابھی طرح سے معلوم کیا جاسکتا ہے۔ اس کی باہر کی جانب پر عضلہ باسطہ مشترکہ اصبعیہ (extensor communis digitorum) کا کم نمایاں فراز ہوتا ہے۔ بخوبی نمایاں جوارح میں وہ میزاب جو ان دونوں عضلات کو غلطی دہ کرنا ہے بہت واضح ہوتا ہے۔ اور مقدم قصبیتی (anterior tibial) شریان کے لئے بہترین رہنما ہوتا ہے۔ ٹانگ کے زیرین ایک تہائی حصہ میں یہ عضلات وتری ہو جاتے ہیں اور ان کے درمیان عضلہ باسطہ طویل ابہامیہ قدیم (extensor longus hallucis) سطح کی طرف آتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ طویل اور قصری (peroneal) عضلات شناخت کئے جاسکتے ہیں اور ان کے اوتار کا تعاقب کعبیہ کے پیچھے تک کیا جاسکتا ہے۔ فعال انقباض کی حالت میں ان دونوں عضلات کے درمیان کا وقفہ اکثر بخوبی نمایاں ہو جاتا ہے۔ جب جسم پاؤں کی انگلیوں پر اٹھایا جاتا ہے تو گیسٹرو گنیسیس (gastrocnemius) عضلہ اور سکیہ (soleus) کے زیادہ سطحی حصے بخوبی دکھائی دیتے ہیں قبل الذکر کے دونوں سراسر حالت میں بہت واضح ہوتے ہیں، اور یہ بھی دیکھا جاسکتا ہے کہ اندرونی سر زیادہ بڑا ہوتا ہے اور ٹانگ میں زیادہ نیچے تک چلا آتا ہے۔

ابضی شریان (popliteal artery) قصبیہ (tibia) کے درنہ کے زیرین حصہ کے لیول پر دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے (شکل ۱۳۹ صفحہ 600)۔ موخر قصبیتی عرق (posterior tibial vessel) کا ممر اس خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو گھٹنے کے خم کے زیرین حصہ پر سے جارح کے اندرونی اور بیرونی کناروں کے عین درمیان سے لیکر اندرونی کعبیہ اور ایڑی کے فراز کے درمیان کے وسطی نقطہ تک کھینچا جائے۔ یہ شریان ٹانگ کے زیرین ایک چوتھائی حصہ سطحی ہو جاتی ہے جہاں خلیوتر (tendo Achillis) (عقبیتی: calcaneus) اور قصبیہ کے درمیان اس کا نبضان محسوس کیا جاسکتا ہے۔

شفتی شریان (peroneal artery) گھٹنے سے تین انچ نیچے نکلتی ہو اور شطیہ (fibula) کے موخر اندرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ جا کر بیرونی کعبیہ کے پیچھے جا کر ختم ہو جاتی ہے۔ مقدم قصبیتی شریان (anterior tibial artery) کا محل اس خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو مقدم قصبیتی درنہ کے بیرونی کنارہ اور شطیہ (fibula) کے سر کے بیرونی کنارہ کے

درمیانی فاصلہ کے وسط سے لیکر (پیمائش سے) دونوں کعبیوں کے درمیان کے نقطہ وسطی تک گھینچا جائے۔

دونوں صافنی وریدیں ٹانگ میں اکثر شناخت کی جاسکتی ہیں۔ اندرونی یا بڑی ورید کعبیہ کے سامنے سے گزر کر قصبیہ (tibia) کے اندرونی کنارہ کے عین پیچھے سے اوپر کی طرف چلی جاتی ہے۔ قصبہ صافنی ورید بیرونی کعبیہ کے پیچھے واقع ہوتی ہے، اور پنڈلی کے درمیانی حصہ پر سے اوپر کی طرف کو جا کر مابض پر ختم ہو جاتی ہے۔ خارجی صافنی عصب اس کے ساتھ ہوتا ہے۔

ٹانگ پر کی جلد زیادہ عمیق حصوں کے ساتھ ران کی نسبت کب قدر زیادہ منضم ہوتی ہے۔ اس انضمام کی مقدار میں جو فرق ہوتا ہے وہ اُس وقت ظاہر ہوتا ہے جبکہ بترکی حالتوں میں دونوں حصوں پر سے جلدی دامنوں کی تقطیع کی جاتی ہے۔ قصبیہ کی اندرونی سطح اور پیش ساق کے زیادہ حصہ پر جلد عین گرد عظمہ اور ہڈی پر واقع ہوتی ہے اور سوائے زیر جلدی ردا کی تھوڑی سی مقدار کے ان کے درمیان اور کچھ حائل نہیں ہوتا۔ 627

چنانچہ اس مقام کی چوٹوں میں نہ صرف زیادہ درد ہی پایا جاتا ہے بلکہ جلد کی بہت سی کوفنگی اور دریدگی بھی پائی جاتی ہے۔ پیش ساق کی رگڑ اتنی چوٹ سے واقع ہو جاتی ہے جتنی کہ بخوبی محفوظ حصہ پر یا تو کچھ اثر نہیں رکھتی اور یا بہت کم اثر رکھتی ہے۔ ان حصوں پر (جو بہت ہی کم محفوظ ہیں) قروح زیادہ گہرا پھیل جانے سے ہڈی کو جلد معرا کر دیتے ہیں اور التهاب گرد عظمہ (periostitis) پیدا کر دیتے ہیں۔ عمیق قروح یا احتراقات کے بعد جو ندب جات باقی رہ جاتے ہیں وہ بھی ہڈی سے اکثر بالکل منضم پائے جاتے ہیں۔

صفاق (aponeurosis) گھٹنوں تک کسے ہوئے بوت کی طرح ٹانگ کو محصور کرتا ہے، اور یہ صرف ہڈیوں کی زیر جلدی سطح پر ہی موجود نہیں ہوتا (شکل ۱۴۸) اور (۱۴۸)۔ یہ قصبیہ (tibia) کے سر اور اس کے مقدم اور اندرونی کناروں اور شظیہ (fibula) کے سر اور دونوں کعبیوں سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اوپر کی طرف یہ روائے مابض (fascia lata) سے اور نیچے کی طرف پاؤں کی ردا اور حقیقی رباطات سے مسلسل ہوتا ہے۔ آگے کی طرف پیچھے کی طرف کی نسبت یہ زیادہ موٹا ہوتا ہے اور ٹانگ کے بالائی حصہ پر

گھٹنے کے عین نیچے یہ خاص طور پر موٹا ہوتا ہے۔ اس مقام پر یہ ردا ان سلعات کی بالیدگی کو جو قصبیہ کے سر سے پیدا ہوتے ہیں بہت مزاحم آتی ہے۔ اس صفاق کی گہری سطح سے دو فاصل اندر کی طرف کو جاتے ہیں اور ٹریٹلیہ (fibula) کے مقدم اور خارجی کناروں سے چسپیدہ ہو جاتے ہیں۔ یہ دونوں بڑے شٹلی (peroneal) عضلات کو جارحہ کے دوسرے عضلات سے منفرد کر دیتے ہیں، اور ایک بند فضا بناتے ہیں جو بعض اوقات پریپ کا ایک واضح اور بخوبی محسوس مقام کہفہ بخاتی ہے۔ گیسٹروکنیمیس (gastrocnemius) اور سکلیہ (soleus) کے نیچے ردا کی ایک تہ دونوں ہڈیوں کے درمیان پھیلی ہوتی ہے۔ اور یہ تہ عضلات کی عمیق تہ کو پوشیدہ کرتی ہے۔ اس کا اوپر کا حصہ باریک مگر نیچے کا کشیف ہوتا ہے۔ عمیق خراج کی ترقی کی رہنمائی کرنے میں اس کا کچھ حصہ ہوتا ہوگا۔

جارحہ کی مشلول حالتوں میں ردا ئی پھیلاؤں اور غلافوں میں تقبضات واقع ہو جاتے ہیں۔ اور جب جراح جارحہ کو اس کی طبعی حالت پر لانے کی کوشش کرتا ہے تو یہ مزاحمت کرتے ہیں (کالن میکنزی: Colin Mackenzie)۔

ٹانگ کے بالائی ایک تہائی حصہ میں عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) اور باسط مشترکہ اصبعیہ (extensor communis digitorum) کے درمیان ایک فاصل ہوتا ہے جس کو مقدم قصبیتی شریان کے بالائی حصہ کے باندھنے کے لئے علیہ سراجام دیتے وقت تلاش کرنا ضروری ہوتا ہے۔

عضلہ سکلیہ (soleus) کے جرم میں ایک وتری پھیلاؤ ہوتا ہے جو قصبیہ (tibia) کے اندرونی کنارہ سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ موخر قصبیتی شریان (posterior tibial artery) کو بندش لگانے میں عضلہ سکلیہ (soleus) میں سے کاٹتے وقت یہ ممکن ہوتا ہے کہ اس تقاطع کو غلطی سے اس عضلہ کی عمیق سطح پر کا صفاق تصور کر لیا جائے۔

گیسٹروکنیمیس (gastrocnemius) یا آخیلی وتر (tendo Achillis) بعض اوقات سخت ورزش سے مشق ہو جاتا ہے۔ خاص کر جب کہ مریض ٹینس کا یا کوئی ایسا دوسرا جوتا پہنے جس کی ایڑی اس جوتے سے کم اونچی ہو جو وہ عادتاً پہنتا ہے۔ یہ حادثہ مشہور و معروف جان ہنٹر (John Hunter) کو رقص کرتے ہوئے پیش آیا تھا۔ انحصیہ (plantaris) کا

وتر بھی اکثر مستقرماً پھٹ جاتا ہے جس سے ورزش کے دوران میں پنڈلی میں دفعۃً ایک چمک اٹھتی ہے۔

عروق۔ چونکہ ٹانگ کی تمام بڑی بڑی شریانیں ہڈیوں سے بہت قریب ہوتی ہیں اس لئے جارحہ کے کسور میں تیز ٹکڑوں سے ان کے زخمی ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ شطلی (peroneal) شریان پر جو شطلیہ (fibula) کے ساتھ ساتھ ایک لیفی قنال میں جاتی ہے خاص طور پر اس امر کا اطلاقی ہوتا ہے۔ اور جو کسور اس ہڈی کے وسط پر واقع ہوتے ہیں ان میں اس کے زخمی ہونے کا معتد بہ خطرہ ہوتا ہے۔ جہاں ما بعضی شریان (popliteal artery) دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے وہاں سدا دوں (emboli) کے خاص طور پر انک جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ اس عرق کو ڈاٹ لگا دیتے ہیں اور ٹانگ کی نینوں بڑی شریانوں کو تقریباً بند کر دیتے ہیں۔ لہذا اس واقعہ کے بعد گنگرین فلیل الوقوع نہیں ہوتی۔ یہ امر تعجب خیز ہے کہ جب ورید اور شریان دونوں کو بندش لگا دی جائے تو گنگرین کے واقع ہونے کا احتمال کم ہوتا ہے (Makins: میکنس)۔

دوالی نما وریدیں (varicose veins) جسم کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت شائد بواسیری (haemorrhoidal) یا منوی (spermatic) وریدوں کے سوا ٹانگ میں زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہیں۔ اس حالت کا انحصار جارحہ اسفل کی وریدوں کے طول کی زیادتی پر، اور خون کے ان بڑے بڑے ستونوں پر، جن کو ان کے مصاریع کو سہارا دینا پڑتا ہے، اور انکی انتصابی وضع پر، اور ان بڑے بڑے تنوں (حرقنی iliac) کے جن میں یہ وریدیں انجام کار داخل ہوتی ہیں مضبوط ہو جانے کے امکان پر، اور نیز اس امر پر ہے کہ سطحی وریدوں کے رداسے باہر واقع ہونے کی وجہ سے ان کے دوران کو وہ مدد نہیں لیتی جو عضلی انقباض سے حاصل ہوتی ہے۔ طبعی نقطہ نگاہ سے عرقی نظام کو سیال کا ایک انتصابی ستون سمجھنا چاہئے۔ اس کی دیواروں پر اتنا ہی زیادہ دباؤ ہوگا جتنا نیچا کیلول ہوگا۔ صافنی وریدیں (saphenous veins) پتلی دیواروں کی تمدد پذیر نیساں ہیں جو اس استوار دیواروں والے استوانہ سے جو ٹانگ اور انکی عمیق رداسے بنتا ہے باہر واقع ہیں۔ اور جسم کے نیچے کے حصہ میں پائی جاتی ہیں جہاں

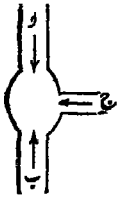
جاذبہ زمین سے پیدا شدہ دباؤ سب سے زیادہ ہے (ہل: Hill) گیٹسوں (garters) کا استعمال خاصکر طویل صافنی وریڈ پر اثر کرتا ہے جو ہڈی کے قریب اس مقام پر واقع ہوتی ہے جہاں یہ انقباضی بند بالعموم لگائے جاتے ہیں۔

ورنیوئل (Verneuil) بیان کرتا ہے کہ پنڈلی کے عضلات کی دونوں تہوں کے درمیان ایک وریڈی ضغیرہ ہوتا ہے جس کے متعلق اس کا یہ خیال ہے کہ اس میں سطحی عروق کی نسبت دوالی زیادہ کثرت سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان وریڈوں کی دوالی نما حالت سے جو گہری واقع ہوتی ہیں ”ہمیشہ درد کرنے والی ٹانگوں“ (aching legs) کی توجیہ ہو سکتی ہے جس کی شکایت ایسے اشخاص کیا کرتے ہیں جو بہت دیر تک کھڑے رہتے ہیں۔ دروں عضلی وریڈیں بہت بڑی ہوتی ہیں۔ کیلنڈر

(Calender) نے یہ ثابت کیا ہے کہ ان چھ وریڈوں کا مجموعی قطر

جو عضلہ سکیہ (soleus) میں سونگھو موخر نصیبی (posterior tibial)

اور شطی (peroneal) تنوں سے جا ملتی ہیں ایک انچ سے کم نہیں ہوتا۔



دوالی کی ابتدا سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ ان مقامات پر

ظہور پذیر ہوتی ہے جہاں سطحی وریڈیں عمیق عروق میں داخل ہوتی ہیں۔

اس کے لئے ایک معقول وجہ موجود ہے کیونکہ ان مقامات پر

تین قوتیں ملتی ہیں جن کے عمومی رخ مشمولہ تصویر میں ظاہر کئے گئے ہیں

(شکل ۱۴۶)۔ خون کے فوق الوضی ستون کا وزن (ا) اوپر سے فعل کرتا ہے۔ اور عمیق

وریڈ کے داخل ہونے کے مقام سے نیچے مصراع ہوتا ہے اس کی پیش کردہ مزاحمت

(ب) نیچے سے فعل کرتی ہے۔ اور وہ قوت جس سے قابض عضلات خون کو عمیق وریڈ

سطحی تنے میں دھکیلتے ہیں ہر دو خطوط قوت سے زاویہ فعل کرتی ہے (ج)۔ دوالی کے

مریضوں کی یہ بد قسمتی ہے کہ دونوں بڑی وریڈوں (صافنی) کے ساتھ ساتھ

حسی اعصاب بھی ہوتے ہیں۔ اور اس میں کچھ شبہ نہیں کہ دوالی نما وریڈوں کی موجودگی

میں جو درد پایا جاتا ہے اس کا بہت کچھ انحصار انہی اعصاب پر دباؤ پڑنے پر ہوتا ہے۔

ٹانگ کے درد کے سلسلہ میں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ جو اعصاب اس حصہ کو

حس ہٹا کرتے ہیں وہ اپنے نقاط انتہا سے معتد بہ فاصلہ پر پیدا ہوتے ہیں۔ اور یہ ممکن ہے کہ جارحہ میں درد پیدا ہونے کا سبب تکلیف کے مقام سے بہت دور واقع ہو۔ چنانچہ ٹانگ کے نیچے کے حصہ اور پاؤں کا شدید درد قطنی سلعہ میں پایا جاسکتا ہے۔ یا ران یا گھٹنے کا درخت قیسی سرطان سی جو عجزی ضغیرہ (sacral plexus) پر اثر انداز ہو چکا ہو پیدا ہو سکتا ہے۔ کلیوی حصات (renal calculus) کے متعلق یہ مشاہدہ کیا گیا ہے کہ یہ ایری میں شدید درد پیدا ہونے کا باعث بھی ہوتا ہے۔

ٹانگ کے کسور۔ قصبیہ (tibia) اور شظیہ (fibula) ایکلی ایکلی ٹوٹنے کی نسبت اکثر اکٹھی ٹوٹتی ہیں۔ اور ایکلے ایکلے ٹوٹنے کی حالت میں بڑی ٹہری کے مقابلہ میں شظیہ (fibula) اکثر ٹوٹتی ہے۔

۱۔ قصبیہ اور شظیہ (tibia and fibula)۔ جہاں تک اس مزاحمت کا تعلق ہے جو شظیہ (fibula) چوٹ کو پیش کرتی ہے یہ ٹہری سوائے کعبیہ اور بالائی سر کے باقی تمام حصوں میں تقریباً ایک سی مضبوط ہوتی ہے۔ اس کے طول کی زیادتی، اس کا محل جو جارحہ کی زیادہ معراجاں پر ہوتا ہے اور قصبیہ سے اس کے چسپیدہ ہونا طریقہ (اس کے دونوں سرے مثبت ہوتے ہیں اور اس کا زیادہ تر حصہ بغیر سہارے کے ہوتا ہے)، وہ امور ہیں جو اس میں کسور واقع ہونے کے امکان کو خاص طور پر زیادہ کر دیتے ہیں۔ مگر یہ اپنے ارد گرد کے عضلات کی موٹی گدی سے بہت اچھی طرح سے محفوظ ہوتی ہے۔ قصبیہ کی پوری کی مضبوطی جہاں تک اس کے اوپر کے درمیان کے، اور نیچے کے حصوں کا تعلق ہے مختلف ہوتی ہے۔ ڈاکٹر لیریش (Dr. Leriche) کے مطابق بالغ کی قصبیہ کا اوسط مستعرض قطر حدیب جات کے عین نیچے ۱۳ انچ سے ذرا زیادہ ہوتا ہے۔ کعبیہ کے قاعدہ پر اس کا مستعرض قطر ۱۳ انچ سے ذرا کم ہوتا ہے۔ اور اس ٹہری کے سب سے پتلے حصہ کا قطر ۱۱ انچ سے ذرا زیادہ ہوتا ہے۔ یہ پتلا حصہ پوری کے زیرین اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر ہوتا ہے اور یہ ٹہری کا کمزور ترین مقام ہے۔ لہذا قصبیہ (tibia) کے کسر کا عام ترین محل وقوع پوری کے زیرین اور درمیانی ایک تہائی حصوں کا مقام اتصال ہے۔ جب یہ ٹہری بالواسطہ تشدد سے ٹوٹتی ہے تو یہ اسی مقام پر

جواب دیتی ہے، اور بلا واسطہ ضرب سے پیدا شدہ ضرارت پوری کے ہر ایک حصہ میں واقع ہو سکتے ہیں۔

نرم حصوں کے غلاف کے پٹا ہونے اور قوت کا سرمہ اور ہڈی کے درمیان خفیفی رکاوٹ حائل ہونے کی وجہ سے ٹانگ کے کسور جو ارج کی دوسری ہڈیوں کی نسبت اکثر مرکب (compound) اور متعدد (comminuted) ہوتے ہیں۔

اگر کسر ترجھا ہو جیسا کہ چوٹ کے بالواسطہ لگنے کی حالت میں عام طور پر ہوتا ہے تو خط شکستگی بالعموم پیچھے سے نیچے کی اور آگے کی اور ذرا اندر کی طرف کو آتا ہے۔ نیچے کا ٹکڑا پاؤں کے ساتھ ہی پنڈلی کے عضلات سے بقیہ ہڈی کے پیچھے سے اوپر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے۔ اور خط کسر کے ترجھا ہونے کی وجہ سے عام طور پر باہر کی طرف کو بھی مل جاتا ہے نیچے کا ٹکڑا پاؤں کے پھر جانے کی وجہ سے باہر کی طرف کو کبھی قدر گردش کر جاتا ہے، اور یہ گردش جارحہ کے صرف وزن ہی سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر کسر تعرض ہو تو غیر وضعیت نہیں پائی جاتی، اور اگر کبھی پائی بھی جاتی ہے تو بہت ہی کم ہوتی ہے۔

تنظیہ (fibula) قصبیہ (tibia) کی نسبت عام طور پر زیادہ اونچے لمبول پر ٹوٹتی ہے۔ اور اس میں کچھ شبہ نہیں کہ اس کا نیچے کا ٹکڑا اس سے بڑی ہڈی کے متنظر ٹکڑے کی بالکل صحیح متابعیت کرتا ہے۔

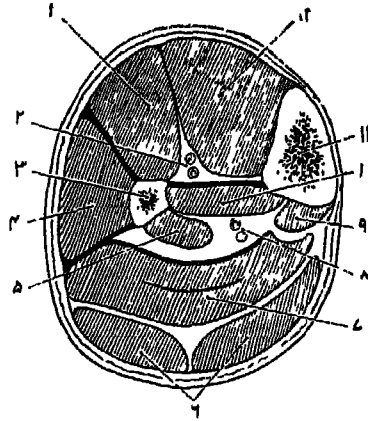
مروڑے جانے سے خاص کر جب کہ پاؤں مثبت ہو ایک حلزونی کسر (لوہی کسر: fracture hélicoïde) پیدا ہو سکتا ہے جو قصبیہ (tibia) کے زیرین ایک تہائی حصہ میں واقع ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ ایک کم و بیش انتصابی اشتقاق بھی پایا جاتا ہے جو ٹخنے کے جوڑ کو موقوف کر دیتا ہے، اور تنظیہ (fibula) کا ایک کسر بھی پایا جاتا ہے جو زیادہ اونچا ہوتا ہے۔

۲۔ ایکلی تنظیہ۔ اس ہڈی کے زیرین ایک چوتھائی حصہ میں جو کسور واقع ہوتے ہیں وہ عام طور پر بالواسطہ تشدد سے پیدا ہوتے ہیں اور ان کا ذکر ٹخنے کے جوڑ کے سلسلہ میں کیا جائیگا۔ جب اس ہڈی کا کوئی دوسرا حصہ ٹوٹتا ہے تو قوت کا سرمہ بالعموم بلا واسطہ اثر کرتی ہے، اور غیر وضعیت بہت ہی قلیل ہوتی ہے۔ اور شکل سود کھائی دیتی ہے۔ قصبیہ (tibia) ایک

موثر جبرہ کا کام دیتی ہے۔

۳۔ اکیلی قصبیہ - کعبیہ چوٹ سے ٹوٹ سکتا ہے، یا زیرین بر بالہ علحدہ ہو سکتا ہے۔ موصلاً ذکر، سارے اندرونی کعبیہ اور اس رنچ پر تک ہوتا جس کی شیطیہ (fibula) جڑتی ہے۔ یہ اٹھارویں یا بیسویں سال میں پوری سے متحد ہوتا ہے۔ اکیلی قصبیہ (tibia) کے کسور تقریباً ہمیشہ بلا واسطہ ضرب سے پیدا ہوتے ہیں۔ ہڈی کے زیرین ایک تہائی حصہ میں یہ نہایت کثیر الوقوع ہیں۔ اور جوں جوں گھٹنے کے قریب جائیں یہ زیادہ نادر الوقوع

632



شکل ۱۴۷۔ ٹانگ کے بالائی ثلث کی مستعرض تراش کی ارتسامی توضیح۔

سکلیہ کے نیچے مضبوط صفاق کو اور اس عضلہ کے جرم میں مکیوس و ترکو بھی دیکھو۔

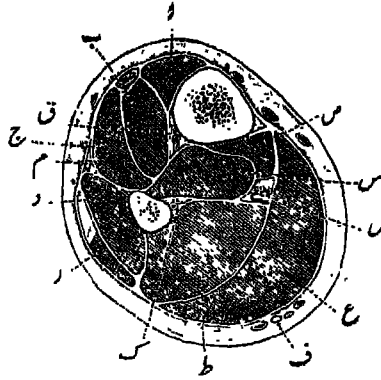
- ۱۔ عضلہ قصبیہ مقدم۔ ۲۔ مقدم قصبیتی شریان اور عصب۔ ۳۔ شیطیہ۔ ۴۔ عضلہ شیطیہ طویل۔
- ۵۔ قابضہ طویل ابہامیہ قدیمہ۔ ۶۔ گیسٹروکنیمیوس۔ ۷۔ سکلیہ۔ ۸۔ موصراً قصبیتی شریان اور ورید۔
- ۹۔ قابضہ طویل اصبعیہ۔ ۱۰۔ عضلہ قصبیہ موصراً۔ ۱۱۔ قصبیہ۔ ۱۲۔ باسطہ طویل اصبعیہ۔

ہوتے جاتے ہیں۔ جب کسر متعرض ہوتا ہے تو بعض اوقات کوئی مرئی غیر وضعیت نہیں ہوتی، اور شیطیہ (fibula) جبرہ کا کام دیتی ہے۔ جب کسر ٹخنے کے جوڑ کے عین اوپر ہوتا ہے

تو نیچے کا ٹکڑا پاؤں کے ساتھ ہر ایک سمت میں ہلایا جاسکتا ہے۔ ایسی غیر وضعیت کی محنت اور تحدید تحتانی قصبیتی شتطوی رباطات (inferior tibio-fibular ligaments) کرتے ہیں۔

کساح (rickets) میں جوارح کی تمام ہڈیوں میں سے قصبیہ (tibia) ہی ہے جو نہایت کثرت سے خمیدہ ہو جاتی ہے۔ یہ اپنے کمزور ترین حصہ پر (درمیانی اور

633



نقل ۱۴۸۔ ٹانگ کے زیرین ایک تہائی حصہ میں سے تراشیں۔

(برائن : Braune)۔

۱۔ عضلہ قصبیہ مقدم۔ ب۔ باسط طویلہ ابہامیہ قدمیہ۔ ج۔ باسط مشترکہ اصبعیہ۔ د۔ عضلہ شتطیہ قصیرہ۔
 ۲۔ شتطیہ طویلہ۔ ۳۔ عضلہ قصبیہ موخر۔ ۴۔ قابضہ طویلہ اصبعیہ۔ ۵۔ قابضہ طویلہ ابہامیہ قدمیہ۔
 ۶۔ گیلٹروکنیمیس اور سکیم۔ ۷۔ قہیر صافنی عصب اور ورید۔ ۸۔ مقدم قصبیتی عروق اور عصب۔
 ۹۔ شتطی عروق۔ ۱۰۔ موخر قصبیتی عروق اور عصب۔ ۱۱۔ عضلہ جلدی عصب۔

زیرین ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر، جھک جاتی ہے اور یہاں ہڈی میں آگے کی اور ذرا باہر کی طرف کو ایک خم پایا جاتا ہے۔
 شتطیہ کبھی کبھی غائب بھی ہوتی ہے اور اس حالت کے ساتھ پاؤں کی شکلی بھی

پاٹی جاتی ہے۔ نیز پاؤں کی باہر کی طرف کی دو یا دو سے زیادہ انگلیاں بھی غائب ہوتی ہیں۔
 قصبیہ (tibia) اپنے زیر جلدی محل کی وجہ سے عظمی پیوند حاصل کر نیکیے لئے
 مناسب مقام کا کام دیتی ہے۔

ہتر۔ شکل ۱۴۷ ان ساختوں کو ظاہر کرتی ہے جو ٹانگ کے وسطی ثلث کے
 بالائی حصہ میں سے ہتر کرتے وقت کاٹی جائیگی۔

شکل ۱۴۸ میں ٹانگ کی مستعرض تراش اس کے زیرین ایک تہائی حصہ
 میں سے دکھائی گئی ہے جس سے اُن حصوں کی تعداد اور ان کے محل کا کچھ پتہ چل سکتا ہے
 جو اس حصہ میں سے ہتر کی انجام دہی کے وقت کاٹے جاتے ہیں۔

باب ہشتم

ٹخنہ اور پاؤں

(THE ANKLE AND THE FOOT)

سطحی تشریح - عظمی نقاط - دونوں کعبیوں کے خاکے بہت واضح طور پر معلوم کئے جاسکتے ہیں۔ داخلی زائیدہ کی نسبت خارجی کی مقدار کم نمایاں ہوتا ہے اور زیادہ نیچے تک جاتا ہے، اور اس سے زیادہ پیچھے واقع ہوتا ہے۔ خارجی کعبیہ کی نوک تنظر عظمی ارتفاع کی نسبت ۱/۲ انچ پیچھے اور نیچے ہوتی ہے۔ گرد داخلی کعبیہ کا مقدم موخر قطر اتنا ہوتا ہے کہ اس کا موخر کنارہ پیچھے کی طرف بیرونی زائیدہ کے موخر کنارہ کے لیول پر ہوتا ہے۔

پاؤں کی پشت پر حرارتی ہڈیاں فرداً فرداً شناخت نہیں کی جاسکتیں، گو پاؤں کی دروں گردانی کی حالت میں اس پر عرقوب (astragalus) سے ایک نمایاں مریہ بنتا ہے۔

پاؤں کی اندرونی جانب عظم العقب (os calcis) (عقبیہ - calcaneus) کا حدیب سب سے پیچھے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کے سامنے اور اندرونی کعبیہ سے عموداً

ایک انچ نیچے دعام عرقوب (sustentaculum tali) کا مرہبہ ہوتا ہے۔ اس کعبیہ سے ۱/۴ انچ سامنے سفینیہ (scaphoid) (زورقی: navicular) کا حدیبہ واضح طور پر شناخت کیا جاسکتا ہے (شکل ۱۵۱ صفحہ ۶۵۲)۔ اس کے اور موخر الذکر زائیدہ کے درمیانی وقفہ میں تحتانی عقبیتی سفینیاتی رباط (inferior calcaneo-scapoid ligament) اور عضلہ قصبیہ موخر (tibialis posterior) کا وتر ہوتا ہے۔ آگے چکر پاؤں کے اگلے حصہ کے قریب ایک جید محسوس کیا جاسکتا ہے جو پہلی بعد حمارتی ہڈی کے قاعدہ سے بنتا ہے، اور اس کے اور سفینیہ (scaphoid) کے درنہ (زائیدہ: process) کے درمیان اندرونی فائدہ شکل (cuneiform) ہڈی واقع ہوتی ہے۔ اخیر میں پہلی بعد حمارتی ہڈی کی پوری اور اس کا پھیلا ہوا سر اور وہ سمسمانی ہڈیاں جو بعد حمارتی سلامی (metatarsal phalangeal joint) کی انحصی جانب پر واقع ہوتی ہیں کم و بیش واضح طور پر محسوس کی جاسکتی ہیں۔ پاؤں کی بیرونی جانب پر عظم العقب (os calcis) کی تقریباً تمام خارجی سطح زیر جلدی ہوتی ہے۔ ٹخنے سے نیچے ایک انچ سے کم فاصلہ شظی (peroneal tubercle) ہوتا ہے جس سے اوپر قصیر شظی وتر اور نیچے طویل شظی وتر ہوتا ہے۔ بیرونی ٹخنے سے تقریباً ۲/۳ انچ کے فاصلہ پر پانچویں بعد حمارتی ہڈی کا حدیبہ بہت نمایاں ہوتا ہے اور اس سے تقریباً ایک انچ پیچھے تک نزدی (cuboid) ہڈی پھیلی ہوتی ہے۔ جوڑوں کے خطوط۔ ٹخنے کا جوڑ اندرونی کعبیہ کی نوک سے تقریباً ۱/۴ انچ اوپر کے ایک نقطہ کے لیول پر واقع ہوتا ہے۔ سفینیہ (scaphoid) کے درنہ کے عین پیچھے عرقوبی سفینیاتی مفصل (astragalo-scapoid articulation) ہوتا ہے۔ اور اگر ایک خط پاؤں کی پشت پر اس زائیدہ کے عین پیچھے سے عرضاً کھینچا جائے تو وہ بہت اچھی طرح سے وسطی حمارتی جوڑ (mid-tarsal joint) کا تناظر ہوگا یہ جوڑ عرقوبی سفینیاتی (astragalo-scapoid) اور عقبیتی نزدی (calcaneo-cuboid) جوڑوں سے مرکب ہوتا ہے۔

اگر موخر الذکر مفصل تک باہر کی طرف سے رسائی کی جائے تو یہ اس نقطہ کے بالمقابل پایا جائے گا جو بیرونی ٹخنے اور پانچویں بعد حمارتی ہڈی کے حدیبہ کے درمیان

وسط پر واقع ہو۔

پہلی اور پانچویں بعد حمارتی ہڈیوں کے اور اندرونی فائدہ نما (cuneiform) اور نردی (cuboid) ہڈیوں کے درمیان کے مفاصل کے خطوط فرداً فرداً باسانی ظاہر کئے جاسکتے ہیں کیونکہ یہ قبل الذکر ہڈیوں کے قاعدوں کے عین پیچھے واقع ہوتے ہیں۔ بعد حمارتی سلامی (metatarso-phalangeal) مفاصل متناظر انگلیوں کی درمیانی جلد سے تقریباً انچ پیچھے واقع ہوتے ہیں۔ قریبی سلامیہ اور وسطی سلامیہ کا کچھ حصہ انگلیوں کی درمیانی جلد میں مدفون ہوتا ہے۔

اوتار۔ انخیل وتر (tendo Achillis) (عقبیتی وتر: tendo calcaneus) ٹخنے کی پشت پر بہت نمایاں طور پر ابھرا ہوتا ہے۔ اور اس کے اور کعبیوں کے درمیان دو گڑھے ہوتے ہیں جو قریب اشخاص میں بھی نمایاں ہوتے ہیں۔ ٹخنے کی سامنے کی جانب پر خاص کر جبکہ یہ جوڑخم کردگی کی حالت میں ہو باسط عضلات کے اوتار باسانی تیز کئے جاسکتے ہیں۔ اور یہ اندر سے باہر کی طرف کو یوں واقع ہوتے ہیں: عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) کا وتر، عضلہ باسط طویلہ ابہامیہ قدیمیہ (extensor longus hallucis) کا وتر، عضلہ باسط طویلہ اصبعیہ (extensor longus digitorum) کا وتر، اور شظیہ ثالثہ (peroneus tertius) کا وتر۔ انگلیوں کے عضلات باسط کے اوتار کے نیچے اور پاؤں کی پشت کے بیرونی حصہ پر وہ لمبی تودے محسوس کئے جاسکتے ہیں جو عضلہ باسط قصیرہ اصبعیہ (extensor brevis digitorum) سے بنتے ہیں اور جب یہ عضلہ فعل کرتا ہے تو دکھائی بھی دیتے ہیں۔ اندرونی کعبیہ سے اور عضلہ قصبیہ موض (tibialis posticus) اور عضلہ قابضہ طویلہ اصبعیہ (flexor longus digitorum) کے وتر شناخت کئے جاسکتے ہیں، قبل الذکر ہڈی سے زیادہ نزدیک ہوتا ہے۔ وسطی خط کے زیادہ قریب سے عضلہ قابضہ طویلہ ابہامیہ قدیمیہ (flexor longus hallucis) گذرتا ہے بیرونی کعبیہ کے پیچھے شظیہ (fibula) کی کور کے نزدیک طویل اور قصیر شظی (peroneal) اوتار محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ قصیر عضلہ کا وتر اس سے زیادہ قریب ہوتا ہے۔

تلوے کے وسط میں سخت اخصمی ردا (صفاق: aponeurosis) محسوس کی جاتی ہے۔

اور جب عضلات باسطہ سے انگلیاں اوپر کی طرف کو کھینچ لی جاتی ہیں تو اس کے کچھ زائد شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ پاؤں کے اندرونی حاشیہ پر کالمی تودہ عضلہ مبعده ابہامیہ قدیمہ (abductor hallucis) اور عضلہ قابضہ قصیرہ ابہامیہ قدیمہ (flexor brevis hallucis) سے بنتا ہے اور جو تودہ بیرونی جانب پر ہوتا ہے وہ عضلہ مبعده خنصریہ (abductor minimi digiti) اور عضلہ قابضہ قصیرہ خنصریہ (flexor brevis minimi digiti) سے بنتا ہے۔

عروق - مقدم قصبیتی (anterior tibial) شریان اور عمیق شفا (deep peroneal) عصب ٹخنے کے جوڑ کے بالمقابل عضلہ باسطہ ابہامیہ قدیمہ (extensor proprius hallucis) اور عضلہ طولیہ اصبعیہ (longus digitorum) کے اوتار کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ ٹہری شریان ٹخنے کے وسط سے لیکر اُس وقفہ تک جاتی ہے جو پہلی اور دوسری بعد حمارتی ہڈیوں کے درمیان موجود ہوتا ہے۔ اس کا نبضان ہڈیوں پر عضلہ باسطہ ابہامیہ قدیمہ قصبیتی (extensor proprius hallucis) کے وتر کی بیرونی جانب پر جو اس کا بہترین اہنما ہے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ محسوس شریانی (plantar arteries) اندرونی کعبیہ کی نوک اور ایڑی کے انحداب کے مرکز کے درمیانی فاصلہ کے نقطہ وسطی سے شروع ہوتی ہیں۔ دہلی عروق اس خط کی متابعت کرتا ہے جو اس نقطہ سے لے کر انگوٹھے کی زیریں سطح کے وسط تک کھینچا جائے۔ خارجی عروق تلوے کو ترچھے رخ میں عبور کرتا ہے اور پانچویں بعد حمارتی ہڈی کے قاعدہ کے اتنا قریب آ جاتا ہے کہ ان کے درمیان ایک انگوٹھے کی چوڑائی سے کم فاصلہ رہ جاتا ہے۔ یہاں سے یہ زیادہ مستعرض رخ میں مرکب بعد حمارتی ہڈیوں کے قاعدوں کے اوپر سے اندر کی طرف کو گذرتا ہوا پاؤں کو عبور کرتا ہے اور ٹہری قدیمی (dorsalis pedis) شریان کے ساتھ پہلی بین العظامی فضا کی پشت پر تنغم ہو جاتا ہے۔

پاؤں کی پشت پر وریدوں سے بنی ہوئی ایک محراب دکھائی دیتی ہے جو انگلیوں کی طرف محذب ہوتی ہے اس کے سرے داخلی اور خارجی صافنی وریدوں سے مل جاتے ہیں۔

ٹخنے کے اوپر کی اور پاؤں کی پشت پر کی جلد پتلی ہوتی ہے مگر ماتحت حصوں سے یہ ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہوتی ہے۔ نیچے کی ہڈی کے قریب ہونے کی وجہ سے کعبیوں اور پشت پا پر کی جلد کو غیر مناسب طریقہ پر لگے ہوئے جہیروں اور پلاسٹروں کے دباؤ سے ضرر پہنچ جاتا ہے۔ اور اتنے دباؤ سے جس سے دوسرے حصوں میں کوئی تکلیف پیدا نہیں ہوتی لنگرین واقع ہو سکتی ہے۔ تلوے پر کی پوشش ان تمام حصوں پر جو زین سے چھوتے ہیں کشیف اور موٹی ہوتی ہے۔ طبعی پاؤں میں ایرٹی، پاؤں کا بیرونی حاشیہ اور بعد حمارتی سلامی جوڑوں کا خط زمین سے چھوتے ہیں جب کہ پاؤں چپٹا رکھا جائے (شکل ۱۵۳ صفحہ ۶۵۵)۔

ٹخنے اور پاؤں پر کی زیر جلدی بافت کی مقدار اور اس کے خواص بہت اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ ٹخنے کی سامنے کی جانب اور پشت پا پر یہ بہت ڈھیلی ڈھالی اور چربی سے مبرا ہوتی ہے۔ اور جسم کے عمومی استقامتیں یہ پہلا حصہ جو در ریختہ ہوتا ہے۔ تلوے پر زیر جلدی بافت کشیف اور محکم ہوتی ہے اور چربی کے غولوں سے جڑی ہوتی ہے۔ ایرٹی کے اوپر یہ ۳ انچ موٹی ہوتی ہے۔

پاؤں کی پوششیں میں اعصاب کی رسد بافراط موجود ہوتی ہے۔ اور یہ چھ سے کم عصبی تنوں کی شاخوں سے نہیں آتی یعنی عضلی جلد (musculo-cutaneous) (سطحی شغلی: superficial peroneal)، مقدم قصبیتی (anterior tibial)، دونوں صافنی، اور خارجی اور داخلی اخصی (plantar) سے آتی ہے۔ ان جلدی شاخوں پر پائینی اجسام (Pacinian bodies) پائے جاتے ہیں، اور نہائی بصلہ جاست (end-bulbs) تلوے پر کی جلد میں ملتے ہیں۔ پاؤں کی پوششوں میں درد، دباؤ اور تپش کے احساس اور لمسی اثر کے بعض غیر معمولی اقسام مثلاً گدگدی کے لئے تیز مجبیت موجود ہوتی ہے۔

وضعی معکوسات (postural reflexes) تلوے کی جلد پر سے اور پاؤں کے جوڑ سے پیدا ہوتے ہیں، اور ماہر سریریات ان معکوسات سے جبل شوکی کے قطنی حصہ کی حالت معلوم کرنے کے لئے استفادہ کرتا ہے۔ مگر جب لمسی عدم حسیت کی

حسیت پیم (asthesiometer) سے پیمائش کی جاتی ہے تو یہ حادثات نہیں ہوتی۔ اور جہاں تک اس معاملہ کا تعلق ہے پشت پا سرین کی جلد سے زیادہ حساسیت ظاہر نہیں کرتی۔

”پانہاد“ (tread of the foot) پر اور خاص کر انگوٹھے کی گدی پر ہزال نہری (tabes dorsalis) اور دوسرے عصبی عوارض کی وہ عجیب و غریب پیچیدگی جو ”قرحہ ثاقب“ (perforating ulcer) کے نام سے موسوم ہے نہایت کثرت سے دیکھنے میں آتی ہے۔

پاؤں کی روائیں اور ٹخنے پر کے اوتار - نہری روائیں دو تھوں میں واقع ہوتی ہیں۔ ایک سطحی ہوتی ہے جو بالائی مقدم حلقہ نما رباط (ٹانگ کے مستعرض رباط) سے شروع ہوتی ہے، اور ایک عمیق جو عضلہ باسطہ قصیرہ (extensor brevis) اور بین العظامی عضلات (interossei) کے اوپر واقع ہوتی ہے۔ یہ دونوں غشائیں باریک اور غیر اہم ہوتی ہیں اور جراحی نقطہ نگاہ سے یہ کوئی اثر پیدا نہیں کرتیں۔ انخمضی ردا (plantar fascia) تین حصوں میں منقسم ہوتی ہے۔ ایک مرکزی یا بڑا حصہ جو نہایت ہی کثیف اور مضبوط ہوتا ہے، اور ایک اندرونی اور ایک بیرونی پھیلاؤ جو باریک اور جراحی نقطہ نگاہ سے غیر اہم ہوتے ہیں۔ بایں ہمہ دونوں جانبی حصوں میں ہے بیرونی حصہ کہ بقدر وقعت رکھتا ہے، اور عظم العقب (os calcis) اور پانچویں بعد جراحی ہڈی کے حدیبہ کے درمیان ایک موٹے بند کی شکل اختیار کرتا ہے جو کچ پائی (talipes) کی بعض قسموں میں استواری سے منقبض ہو جاتا ہے۔ مرکزی پھیلاؤ پاؤں کی غسیرہ طبعی حالتوں سے مطابقت پیدا کرتا ہے۔ اگر پاؤں کی محراب گر جائے جیسا کہ چپے پاؤں (flat foot) میں ہوتا ہے تو یہ تنیدہ اور متطول ہو جاتا ہے۔ بخلاف اس کے اگر یہ محراب خمیدہ ہو جائے جیسا کہ قدم کھف (pes cavus) میں ہوتا ہے تو یہ منقبض ہو جاتی ہے اور کچ جاتی ہے۔

اس غشا کو کاٹنے کا بہترین مقام اس کی چسپیدگی سے جو ایڑی کی ہڈی کیسا ہوتی ہے تقریباً انچ آگے کا ہے۔ یہ اس کا تنگ ترین حصہ ہے۔ اور چاقو (جسے

اندر کی طرف سے داخل کرنا چاہئے) خارجی انہری (external plantar artery) کے پیچھے رہیگا جو اس پھیلاؤ کے نیچے سے جاتی ہے۔

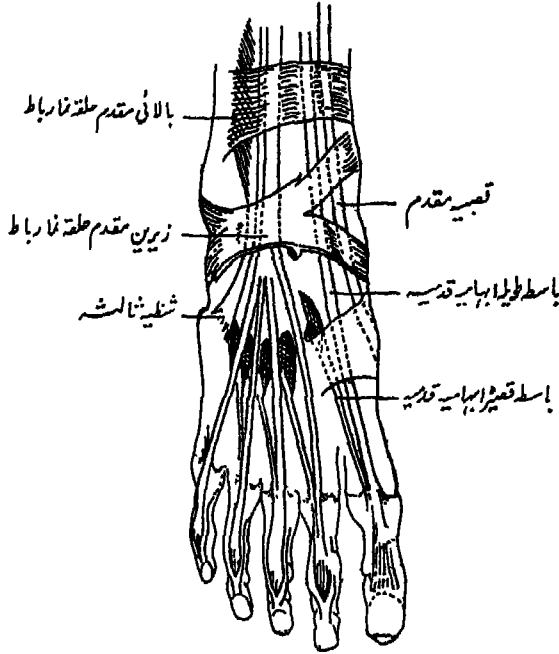
اس غشا کے نیچے جو پھوڑا ہوگا وہ اس سے ایک بہت بڑی حد تک محبوس رہے گا، اور اس میں سے گزرنے کے علاوہ کسی ایک رخ میں بھی ترقی کرے گا۔ ایسے عمیق اجتماعات سے مواد نکلنے سے بیشتر شدید درد پیدا ہوتا ہے، اور یہ بہت تباہ کن ثابت ہوتے ہیں۔ یہ بعض اوقات پشت پر بھی کھلتے ہیں۔ اور کٹنے کے خط کے وتروں کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف پھیل جاتے ہیں۔ اس کے جسم میں بعض سوراخ اور فضاں بھی موجود ہوتی ہیں جو عام طور پر چربی سے پُر ہوتی ہیں۔ استثنائی حالتوں میں خراج انہی سے ایک یا زائد میں سے گزر کر پوششوں کے نیچے پھیل جاتا ہے۔ لہذا ایسے خراج دو کہنوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو ایک چھوٹے سے سوراخ سے متحد ہوتے ہیں۔ اور ان سے فرانسیسیوں کا خراج دو تاجی (abcès en bissue) یا قمیص کے بٹن کی طرح کا خراج (en bouton de chemise) نجاتا ہے۔

انہری راپاؤں کی انگلیوں کی جڑوں کے پاس دھبیوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ اور محرابوں کا ایک سلسلہ طیار ہوتا ہے جن میں سے اصابع کو جانے والے اوتار اور عروقی اور اعصاب گزرتے ہیں۔ دوہیں عضلی فوسل جو اس غشا سے تعلق رکھتے ہیں عضلہ قابضہ تصیرہ اصبعیہ (flexor brevis digitorum) کو عضلہ مبعثہ ابہامیہ قدیمیہ (abductor hallucis) سے (جو اسکی ایک طرف ہوتا ہے) اور مبعثہ خنصریہ (abductor minimi digiti) سے (جو اس کی دوسری طرف ہوتا ہے) علیحدہ کرتے ہیں۔ مگر یہ غشائیں اتنی کمزور ہوتی ہیں کہ عمیق انہری خراج کی ترقی پر اثر انداز نہیں ہو سکتیں۔

مقدم حلقہ نما رابطا (anterior annular ligament) دو حصوں پر منقسم ہوتا ہے۔ بالائی بند (مستعرض بند) جو قصبیہ (tibia) اور تنطیبہ (fibula) کے سامنے ہوتا ہے، اور زیرین بند (تصالبی ہلال) (cruciate ligament) جو حمارہ (tarsus) کے بالائی حدود کے سامنے ہوتا ہے (شکل ۱۴۹)۔ قبل الذکر کے نیچے

صرف ایک زلابی غلاف ہوتا ہے اور وہ عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) کے لئے ہوتا ہے۔ موخر الذکر کے نیچے تین غلاف ہوتے ہیں ایک عضلہ شعلیہ ثالثہ (peroneus tertius) اور عضلہ باسط مشترکہ (extensor communis) کے لئے، ایک عضلہ

646



شکل ۱۴۹۔ پاؤں اور سٹخنے کی باسط سطح پر کے زلابی غلاف۔

(لوئل، Lovell، اور ٹینر، Tanner)۔

باسط ابہامیہ قدیمیہ حقیقی (extensor proprius hallucis) کے لئے، اور ایک عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anterior) کے لئے۔

عضلہ باسط اصبعیہ طویل (extensor longus digitorum) کے وتروں اور عرقوب (astragalus) کے ابھرے ہوئے سر کے درمیان اکثر ایک بڑی ہی بیقاعدہ جبک

ہوتی ہے۔ یہ درجہ بعض اوقات عرقوب (astragalus) کے سر پر کے جوڑ سے ربط و راہ رکھتی ہے۔

اندرونی حلقہ نما رباط (internal annular ligament) (رباط سجابی ligamentum laciniatum) کے نیچے عضلہ قصبیہ موصوفہ عضلہ قابضہ اعصابیہ طویلہ اور عضلہ قابضہ طویلہ باہمیتدیر کے اتار کے لئے تین زلابی غلاف ہوتے ہیں۔ عضلہ قصبیہ موصوفہ کے غلاف کا الہتاب لٹخنے کے جوڑ تک پھیل سکتا ہے جس کے ساتھ یہ وتر قریبی تعلق رکھتا ہے۔

بیرونی حلقہ نما رباط (outer annular ligament) (شغلی بسند peroneal retinaculum) کے نیچے طویل اور قصیر شغلی اتار کے لئے صرف ایک ہی زلابی غلاف ہوتا ہے۔

لٹخنے کی شدید موجوں میں نہ صرف اس جوڑ کے ارد گرد کے رباطات ہی کم و بیش منقطع ہوتے ہیں بلکہ مذکورہ سابقہ مختلف زلابی غلافات کی دریدگی اور ان کے خون سے پر ہو جانے کا احتمال بھی ہوتا ہے۔ شدید موجوں کے بعد جو تکلیف مدت تک اکثر باقی رہتی ہے اس کا انحصار زیادہ تر ان غلافات کو ضرر پہنچنے اور خون کی وجہ سے اور بعد میں ان میں الہتابی مواد کے پیدا ہو جانے پر ہوتا ہے۔ انضامات کے بن جانے سے اتار اپنے اپنے غلافوں میں مثبت ہو جاتے ہیں اور اس طرح عضلات بستہ ہو جاتے ہیں اور جوڑ سخت ہو جاتا ہے۔ تاوقتیکہ ان انضامات میں فاعلی اور منفعلی حرکات سے تطویل پیدا نہیں ہو جاتا یا شکستہ یا منجذب نہیں ہو جاتے فعل از سر نو قائم نہیں ہو سکتا۔

وتروں کے غلافات کی وسعت کے متعلق جو کچھ خیال کیا گیا ہے یہ اس سے زیادہ وسیع ہوتے ہیں۔ لٹخنے کی اندرونی طرف کے غلاف کعبیہ سے آتما ۲ انچ اوپر سے شروع ہوتے ہیں۔ اور پاؤں کے تلوے میں سفینیہ (scaphoid) کے حدیبہ کے مقابل تک چلے جاتے ہیں۔ لٹخنے کی باہر کی جانب کے ان سے بھی زیادہ وسیع ہوتے ہیں۔ اور جو غلاف عضلہ شغلیہ طویلہ (peroneus longus) کے گرد ہوتا ہے وہ پہلی بعد صارتی ہڈی کے قاعدہ تک چلا جاتا ہے اگرچہ اس کے انحصار اور بعضی حصے گاہے گاہے

شروی (cuboid) ہڈی کے بیرونی کنارہ پر ایک دوسرے سے مکمل طور پر علیحدہ پائے جاتے ہیں۔ غلافات کے طول سے یہ بہ آسانی معلوم ہو سکتا ہے کہ جو انضمامات ٹخنے کی موجوں اور اس کے کسور کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں وہ بہت وسیع ہوتے ہیں اور استقلال سے ان کا مسلسل علاج کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

پاؤں پر سوائے ان درجوں کے جن میں سے ایک ترخیلی (tendo Achillis) اور عظم العقب (os calcis) کے درمیان ہوتی ہے اور دوسری انگوٹھے کے بعد حمارتی سلامی جوڑ کے اوپر ہوتی ہے معتدبہ جسامت کی دوسری درجیں نہیں ہوتیں۔ اول الذکر درجہ عظم العقب سے نصف انچ اوپر شروع ہوتی ہے اور وتر کی ہر ایک جانب پر ابھری ہوتی ہے۔ مہذب ہونے کی حالت میں یہ ٹخنے کے جوڑ کے مرض کی طرح کے علامات پیدا کر سکتی ہے، اور تھج کی حالت میں یہ عظم العقب کی بوسیدگی پیدا کر سکتی ہے۔ انگوٹھے کے بعد حمارتی سلامی جوڑ پر اس درجہ کے کلانی یافتہ ہو جانے سے گٹا

(bunion) بن جاتا ہے۔ یہ اُس زیر جلدی بافت میں واقع ہوتا ہے جو اندرونی مسمانی ہڈی اور جلد کے درمیان ہوتی ہے۔ اور یہ اس حالت کے ساتھ معرض وجود میں آتا ہے جو فذع الالبام (hallux valgus) کے نام سے موسوم ہے۔ انگوٹھا پاؤں کے خط وسطی یعنی دوسری انگلی کے خط وسطی کی طرف مقرب ہو جاتا ہے۔ یہ حالت اُن عضلات کے ایک فتور یافتہ فعل کا نتیجہ ہوتی ہے جو انگوٹھے کے قریب سلامیہ کی وضع کو منظم رکھتے ہیں۔ جب قدم بھرنے کے بعد ایڑی اٹھائی جاتی ہے تو قریب سلامیہ اور اس کی مسمانی ہڈی دونوں ایک وقت بنا دیتے ہیں جس میں انگوٹھے کی بعد حمارتی ہڈی گردش کرتی ہے (شکل ۵۱ صفحہ ۶۵۲)۔ اس فعل کے دوران میں قریب سلامیہ کا توازن دو عضلات سے قائم رہتا ہے۔ عضلہ مقربہ اس کو باہر کی طرف کو گردش کرنے سے روکتا ہے اور مبعده اندر کی طرف کو گھومنے سے۔ زیادہ بار مبعده پر پڑتا ہے جو ایسے جوتوں کے استعمال سے جو ٹیک نہ آتے ہوں یا حد سے زیادہ تنگ ہوں اکثر خسارہ میں رہتا ہے اور مقید ہو جاتا ہے۔ اس طرح عضلہ مقربہ (adductor) بلا توازن رہ جاتا ہے اور انگوٹھے کو بتدریج کھینچ کر تقریب کی حالت میں لے آتا ہے۔ بعد حمارتی ہڈی کے سر کی اندر کی طرف

اور کی غضروف غائب ہو جاتی ہے۔ اور درجک اور جوڑکے درمیان بعض اوقات ربط پیدا ہو جاتا ہے۔ اس بدگلی کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ انگوٹھا اور پاؤں کا ہم پہلو حصہ بہت کمزور ہو جاتا ہے۔ اس جوڑکے داخلی جانبی رباط زیادہ لمبا ہو جاتا ہے، اور عضلہ باسطہ ابہامیہ قدیمیہ حقیقی (extensor proprius hallucis) کا وتر باہر کی طرف کوٹل جاتا ہے عظمی مفصلی التہابی تغیرات جو خاصکر بعد سحرارتی ہڈی کے سر میں واقع ہوتے ہیں اکثر اس حالت کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ اور فدیہ بد شکلی (valgus deformity) کے ساتھ عام طور پر انگوٹھے کی محوری گردش اور دوسری اصبع کی مطرقتی انگشت پام (hammer toe) کی حالت پائی جاتی ہے۔

درزیوں میں کعبیوں پر اور خاصکر خارجی زائندہ پر درخیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اور یہ وہ حصہ ہے جس پر لاتی پالنتی مار کر بیٹھنے میں سب سے زیادہ دباؤ پڑتا ہے۔ گڑ پام (club-foot) میں درخیں ہر اس مقام پر پائی جاتی ہیں جس پر غیر مناسب باؤ پڑتا ہے۔ ٹخنے کے ارد گرد کے اوتار اور خاصکر وتر اخیلی (tendo Achillis) اور قصبیہ موخر اور طویل اور قصبیہ عضلات کے اوتار چوٹ سے اکثر دریدہ ہو جاتے ہیں و تر اخیلی (tendo Achillis) عام طور پر مہنتی سے تقریباً ۱۱ انچ اوپر ٹوٹتا ہے جہاں یہ پتلا ہو جاتا ہے اور اس کے ریشے ایک بہت معین بندل میں مجتمع ہو جاتے ہیں۔

643

چوٹ کی بعض قسموں میں وہ زلابی اور لیفی غلاف جو وتر کو بستہ رکھنے میں مشغول ہو سکتے ہیں اور اس طرح اوتار مخلوع ہو سکتے ہیں۔ عضلہ قصبیہ مقدم اور شطی عضلات کو یہ واقعہ پیش آچکا ہے۔ مخلوع ساخت ہر ایک مثال میں آگے کی طرف کو کعبیہ کے اوپر یا اس کے سامنے آ جاتی ہے۔ جسم کا کوئی وتر اتنی کثرت سے اپنی جگہ سے نہیں ٹٹتا جتنی کثرت سے کہ عضلہ شطیہ طویلہ (peroneus longus) کا وتر۔

ٹخنے کے ارد گرد کے عضلات اکثر عملیہ میں کاٹے جاتے ہیں۔ کھلے عملیہ کو تقریباً تمام حالتوں میں زیر جلدی و ترشگانی (tenotomy) پر ترجیح دی جاتی ہے۔ اخیلی وتر (tendo Achillis) بالعموم مہنتی سے ۱۱ انچ اوپر کاٹا جاتا ہے۔ چاقو اندر کی طرف سے موخر قصبیہ عروق کو بچا کر داخل کیا جاتا ہے۔ عضلہ قصبیہ موخر (tibialis posticus)

کا وتر قاعدۃ اندرونی کعبیہ کے قاعدہ کے عین اوپر سے کاٹا جاتا ہے۔ مگر حلقہ نما رباط اور سفینیہ (scaphoid) کے درمیان بھی اتنی گنجائش ہوتی ہے کہ اسے پاؤں کی جانب سے کاٹا جاسکتا ہے (شکل ۲۵ صفحہ 658)۔ مقدم قصبیتی وتر ٹخنے کی سامنے کی جانب پر سے یا اس کے انتہی پر سے (جو اندرونی فائبر ناٹھی پر ہوتا ہے) باسانی کاٹا جاسکتا ہے۔ ایک یا دونوں شظی اوتار خارجی کعبیہ کے عین اوپر سے کاٹے جاسکتے ہیں۔ کسی وتر کو کاٹنے کے بعد عضلہ کی بازکشی کی وجہ سے ایک وقفہ محسوس کیا جاسکتا ہے۔ مگر کئی ہفتے سرے اس حالت میں بھی اُس لمبی بافت سے ملے ہوتے ہیں جس میں یہ واقع ہوتے ہیں اور جس سے یہ اپنی خوبی رسد وصول کرتے ہیں۔ اگر وتر غلاف کے اندر کاٹ دیا جائے تو زلانی غشا کٹے ہوئے سروں کے درمیان ایک ڈھیلے ڈھالے اتحادی بند کا کام دیتی ہے۔ کٹے ہوئے سروں کے درمیان اُس انصباب سے جو وقفہ کو پُر کر دیتا ہے انجام کار ایک لمبی بند بن جاتا ہے۔ نیا بند اپنے غلاف سے جس کے اندر یہ واقع ہوتا ہے محکم طور پر منضم ہو جاتا ہے۔ اور ابتداء میں یہ وتر کی حرکتوں کو محدود کر دیتا ہے۔

کسی صحیح و سالم عضلہ کے وتر کا کچھ حصہ ایسے عضلہ کے وتر سے پیوست کیا جاسکتا ہے جو مشلول ہو چکا ہے، اور اس طرح پاؤں کی بعض حرکتیں از سر نو قائم ہو جاتی ہیں۔

عروق خون - مختلف شریانوں کے خطوط پہلے ظاہر کئے جا چکے ہیں (صفحہ 636)۔ انجمعی محراب (plantar arch) کے زخم خطرناک ہوتے ہیں۔ جس کی وجہ

یہ ہے کہ خارجی انجمعی شریان گہری واقع ہوتی ہے اور تلوے میں بڑا سا زخم بنانے کے بغیر جو اتصالی بافت کے اہم خط جات کو کھول دیگا اور اوتار اور اعصاب کو ضرر پہنچائے گا اس تک پہنچنا ناممکن ہوتا ہے۔

یہ محراب خارجی انجمعی شریان اور ظہری شریان کے (جو مقدم قصبیتی عرق کا تسلسل ہی ہوتی ہے) متحد ہونے سے بنتی ہے۔ مگر اس محراب سے خون جاری ہونے کی حالت میں ٹخنے پر یا اس کے عین اوپر موخر اور مقدم شریانوں کے باندھنے سے زف لازمی طور پر بند نہیں ہوگا۔ ان عروق کی بندش کے بعد بھی خون شظی شریان کے ذریعہ سے محراب تک بالواسطہ پہنچتا رہے گا۔ یہ عرق اپنی مقدم شظی شاخ کے ذریعہ سے مقدم قصبیتی شریان کی

خارجی کعبیتی شاخ سے اور نہری قدمی (dorsalis pedis) کی حارقی شاخ سے ربط و راہ رکھتا ہے۔ اپنی انتہائی شاخ سے یہ دونوں موخوالذکر عروق سے اور خارجی انجمی شریان کی داخلی کعبیتی (internal calcaneal) شاخوں سے مربوط ہوتا ہے۔

بہر حال یہاں تک مزاولت فن کا تعلق ہے جارجہ کو اونچا کر دینا اور ساتھ ہی زخمی مقام پر دباؤ ڈالنا اور بڑی شریان کو مضبوط کر دینا انجمی محراب کے بہت سے نزفات کو بند کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔

نہری قدمی (dorsalis pedis) شریان اپنے محل کے سطحی ہونے اور ہڈیوں سے قریبی طور پر ملے ہونے کی وجہ سے اکثر زخموں میں کٹ جاتی ہے اور شدید کوٹیکوں میں زبردہ ہو جاتی ہے۔ موخر قبضیتی شریان ٹخنے پر ابھرے ہوئے کعبیہ اور کثیف حلقہ نما رباط اور ان اوتار سے جو اس کے ساتھ سے گزرتے ہیں بخوبی محفوظ ہوتی ہے۔

پاؤں کی سطحی وریدیں ہاتھوں کی سطحی وریدوں کی طرح زیادہ تر اس عضو کی پشت پر ہی واقع ہوتی ہیں۔ چونکہ تلو ایسا حصہ ہے جس پر دباؤ پڑتا ہے اس لئے ان سے قطعاً مبرا ہوتا ہے۔ کعبیوں پر اور خاص کر اندرونی زائیدہ پر ان وریدوں سے معتد بہ جسامت کا ضغیرہ بنتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ایسی چیزوں سے جو ٹخنے پر زور سے کسی ہوئی ہوں ٹخنے سے آگے کے حصوں میں تہیج اور درد پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

645

عروق لطف سے تلوے کی پوششوں میں بہت باریک اور مکمل ضغیرہ بنتا ہے جس سے عروق پیدا ہو کر پاؤں کے کناروں اور اس کی پشت اور خاص کر اندر کے کنارہ تک جاتے ہیں۔ اس حصہ کے بڑے بڑے لٹنی عروق پشت پا پر دونوں صافنی وریدوں کے اصول العروق (radicles) کے آس پاس پائے جاتے ہیں۔ پاؤں کی اندر کی جانب کے عروق لطف زیادہ کثیر المقداد ہوتے ہیں، اور یہ عام طور پر کم و بیش داخلی صافنی ورید کے ممر کی متابعت کرتے ہیں، اور اربی غد میں جا کر ختم ہو جاتے ہیں۔ خارجی عروق باہر کے ٹخنے اور ٹانگ کی بیرونی جانب کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف کو چلے جاتے ہیں۔ ان میں سے اکثر ربلہ (ham) کو ترچھے رخ میں عبور کر کے اندرونی گروہ سے مل جاتے ہیں جو گھٹنے سے اوپر واقع ہوتا ہے دوسرے عروق قبضیہ (tibia)

کی باسن کی طرف کو عبور کر کے اندرونی گروہ تک پہنچتے ہیں، اور چند قصیر صافنی ورید کی متناوبہ تپڑتے ہیں اور باطنی غدیں جا کر ختم ہو جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 606)۔
ٹخنے کا جوڑ بہت مضبوط مفصل ہے اور اس کی قوت نہ صرف ترکیبی ہڈیوں کی شریک ہی سے حاصل ہوتی ہے بلکہ یہ ان مضبوط رابطات اور کئی ایک اوتار سے بھی حاصل ہوتا ہے جو اس کے ارد گرد بندوں کی طرح بندھے ہوتے ہیں۔ رابطات میں سے دو ٹوں جانبی بہت مضبوط ہوتے ہیں اور پاؤں پر ان کی بہت وسیع گرفت ہوتی ہے۔ مقدم اور موخر نہایت پتلے اور قلیل الالہیت ہوتے ہیں، مگر موخر الذکر کو عضلہ قابضہ طولیہ انہامیہ قدیمیہ (flexor longus hallucis) کے وتر سے مہارا ملتا ہے جو اس کو عبور کرتا ہے۔

جب انصباب پیدا ہوتا ہے تو یہ پہلے پہل سامنے کی طرف پر باسط اوتار کے نیچے اور جانبی رابطات کے مابین سامنے ظاہر ہوتا ہے۔ اس کا انحصار مقدم رابط کی کموری اور زلابی تاجہ کی جو اس ساخت سے تعلق رکھتا ہے، وسعت اور اس کے ڈھیلے پن پر ہوتا ہے۔ زیادہ وسیع انصابات سے کیسے کے باریک موخر حصہ کے ابھرنے کی وجہ سے، مارتیچ کی طرف پیدا ہوتا ہے۔ اس حالت میں توج وتر اخیلی (tendo Archillis) کی ہر ایک جانب پر حاصل کیا جاسکتا ہے۔ معمولی حالت میں سخت جانبی رابط کے نیچے توج واضح طور پر شناخت نہیں کیا جاسکتا۔ مزید برآں ٹخنے کے جوڑ کا ڈھیلا ڈھالا زلابی تاجہ ٹخنے اور پہچ کا رابطہ مفصل کے حدود سے آگے تک پھیلا ہوتا ہے اور جانبین پر یہ مضیکہ ٹھیک مفصلی سلطوح تک ہی محدود ہوتا ہے۔

ٹخنے کا جوڑ ایک مکمل قبضہ دار جوڑ (hinge-joint) ہے۔ اور اس میں صرف تھم کر دگی، (تھمسی خم کر دگی: plantar flexion) اور بسط کر دگی (ظہری خم کر دگی: dorsiflexion) ہی واقع ہو سکتی ہے۔ خفیف ترین جانبی حرکت انتہائی بسط کر دگی میں واقع ہوتی ہے، جبکہ عرقوب (astagalus) کا زیادہ تنگ یا پھیلا حصہ یعنی شطوی محراب (tibio-fibular arch) کے عریض ترین یا مقدم حصہ سے مل جاتا ہے۔ جب ٹخنے میں کوئی واضح جانبی حرکت موجود ہو تو جوڑ میں ضروریاتو چوٹ پائی جاتی ہے

اور یا مرض موجود ہوتا ہے۔ یہ ایک اہم امر ہے کہ بعض حارقی ہڈیوں کے درمیان جو جابجائی حرکتیں واقع ہوتی ہیں ان کو غلطی سے ٹخنے کے جوڑے کی حرکتیں تصور کر لیا جائے۔ جوڑے کی حرکتیں زیادہ تر ان عضلات سے محدود رہتی ہیں جو اس کو عبور کرتے ہیں۔ رباطات صرف انتہائی وضعوں ہی میں تنیدہ ہوتے ہیں جبکہ عضلات کی قدرتی مزاحمت مغلوب ہو جاتی ہے۔ عضلات مفصل کے پاسان ہیں (کولن میکنزی: Colin Mackenzie)۔

معامل کی وجہ سے اس جوڑے چوڑے یا دوسرے خارجی اسباب سے ملہب ہو جانے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ التهاب کی حالت میں قاعدۂ کوئی بدشکلی پیدا نہیں ہوتی۔ پاؤں ٹانگ سے زاویہ قائمہ پر رہتا ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ وضع اس لئے قائم رہتی ہے کہ قابض اور بامط عضلات تقریباً ایک دوسرے کا موازنہ کر دیتے ہیں۔ اور یہی ظاہر نہیں ہوتا کہ اس جوڑے کی گنجائش پاؤں کی وضع سے متاثر ہوتی ہے۔ ٹخنے کا زلابی کہفہ تحتانی قصبیتی شیطوی (inferior tibio-fibular) مفصل سے ربط رکھتا ہے۔

در دبعید (referred pains) کے موضوع کے سلسلہ میں یہ یاد رکھنا چاہئے کہ جو اعصاب ٹخنے کے جوڑے کو رسد پہنچاتے ہیں وہ اس جوڑے کا تعلق داخلی صافنی عصب کے ذریعہ سے جل شو کی کے قطنی قطعات سے اور مقدم قصبیتی (عمیق شیطی) عصب کے ذریعہ سے عجری قطعات سے پیدا کر دیتے ہیں۔

ٹخنے کے جوڑے خلوع۔ پاؤں ٹخنے پر پانچ سمتوں میں مخلوع ہو سکتا ہے اور یہ کثرت وقوع کی ترتیب کے لحاظ سے مندرجہ ذیل ہیں :- باہر کی طرف، اندر کی طرف، پیچھے کی طرف، آگے کی طرف، اور اوپر کی طرف قصبیہ اور تنظیہ کے درمیان ان خلوع کے ساتھ جو خالصتہً کبھی ایک رخ میں واقع نہیں ہوتے قصبیہ کا یا تنظیہ کا یا دونوں کا کسر تقریباً ہمیشہ پایا جاتا ہے۔

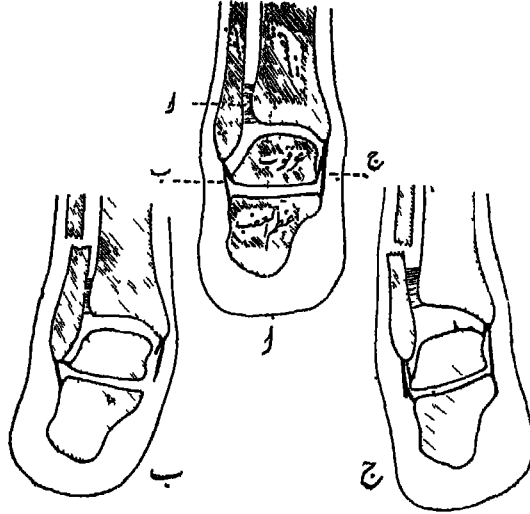
جابجائی خلوع۔ باہر کی طرف اور اندر کی طرف :- یہ خلوع ان خلوع سے کسی قدر مختلف ہوتے ہیں جو دوسرے جوڑوں میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ واقعات کی ایک بڑی اکثریت میں یہ پاؤں کے اس طرح مروڑے جانے پر مشتمل ہوتے ہیں کہ

عقوب (astragalus) قصبیتی شظوی محراب کے نیچے گھوم جاتی ہے۔ عقوب کی بالائی سطح قصبہ کی سطح سے زیادہ علحدہ نہیں ہوتی۔ قبل الذکر ہڈی کی کوئی ایک کور موخر الذکر کی افقی متفصلی سطح سے مل جاتی ہے۔ اگرچہ بہت سی بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے لیکن ٹانگ سے پاؤں کی حقیقی علحدگی معتدبہ نہیں ہوتی۔ بعض نادر الوقوع حالتوں میں افقی رخ میں صادق جانبی خلع بھی پایا گیا ہے۔

یہ ضرات پاؤں کے دفعۃً اور زور سے مروڑے جانے سے پیدا ہوتے ہیں۔ باہر کی طرف کا خلع پاؤں کی جبری بروں گردانی سے پیدا ہوتا ہے اور اندر کی طرف کا شدید دروں گردانی سے۔

شظیہ (fibula) کا جو تعلق ٹخنے کی چوٹوں سے ہوتا ہے پہلے اس کا معلوم کر لینا دلچسپ ثابت ہوگا جس کی خاص وجہ یہ ہے کہ اس ہڈی کی پوری کے نیچے کے سرے کا کسر دروں گردانی اور بروں گردانی دونوں میں یکساں طور پر واقع ہو سکتا ہے۔ شظیہ (fibula) کے زیرین ۳ یا ۴ انچ پہلی قسم کا بیرم تصور کئے جاسکتے ہیں (شکل ۱۵۰-ا)۔ اس کا نصاب (fulcrum) تختائی قصبیتی شظوی مفصل پر ہوتا ہے، اور اس کا ایک بازو کعبیہ ہوتا ہے جو اس جوڑے کے نیچے ہوتا ہے، اور دوسرا بازو اس ہڈی کی پوری کا ۲ یا ۳ انچ زیرین حصہ۔ اب یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ قصبیہ اور شظیہ کے نیچے کے سرے بہت مضبوط رابطات یعنی مقدم اور موخر قصبیتی شظوی، اور مستعرض، اور تختائی بین العظامی سے بستہ ہوتے ہیں۔ ٹخنے کے کسی معمولی ضرر میں خواہ وہ کسر ہو یا خلع یہ رابطات نہیں ٹوٹتے۔ اگر یہ ٹوٹ جائیں تو کسریا خلع کی ایک خلاف قاعدہ قسم پیدا ہو جائے گی۔ پاؤں کی جبری بروں گردانی میں اندرونی جانبی رابطہ کچھ کرچھٹ جاتا ہے۔ عقوب (astragalus) قصبیتی شظوی محراب کے نیچے باہر کی طرف کو گھوم جاتی ہے اور بیرونی کعبیہ کے سرے سے زور سے جاملتی ہے۔ اور یہ زائدہ باہر کی طرف کو دھکیلا جاتا ہے اور بیرم کے ایک سرے کی طرح کام کرتا ہے نصاب (fulcrum) مضبوط قصبیتی شظوی رابطات سے محفوظ رہتا ہے، اور شظیہ (fibula) بیرم کے بیرونی سرے پر اپنے سرے سے ۲ یا ۳ انچ اوپر ٹوٹ جاتی ہے (شکل ۱۵۰-ب)۔ پاؤں کی

جبری دروں گردانی میں عرقوب (astragalus) میں تھوڑی سی جانبی گردش مذکورہ سمت سے مخالف سمت میں واقع ہو جاتی ہے۔ خارجی جانبی رباط بہت تنیدہ ہو جاتا ہے۔



شکل ۱۵۰۔ شکل شیطیہ کے زیرین سرے کے کسور کے میکانیہ کوٹا ہر کرتی ہو۔

۱۔ حصے طبعی وضع میں۔ (ا) قصبی شیطیہ رباطات۔ (ب)۔ خارجی جانبی رباطات۔ (ج)۔ داخلی جانبی رباط۔ ب۔ پاؤں کی بروں گردانی سے پیدا شدہ کسر شیطیہ۔ ج۔ پاؤں کی دروں گردانی سے پیدا شدہ کسر شیطیہ۔

اور اس کا رجحان بیرونی کعبیہ کو اندر کی جانب کو کھینچنے کی طرف ہوتا ہے۔ اگر رباط 649 ٹوٹ جائے تو اس حالت کا خاتمہ غالباً سننے کی موج پر ہو جائے گا یا پاؤں کا خلع

اندر کی طرف پیدا ہو جائے گا۔ لیکن اگر محکم رہے تو ششوی بیرم کا سرا یعنی کعبیہ کی نوک خطوط کی طرف کوچ آتی ہے۔ قصبہ ششوی رباطات نصاب کا کام دیتے ہیں، اور پوری بیرم کے دوسرے سرے پر ہڈی کے سرے سے چند انچ اوپر ٹوٹ جاتی ہے (شکل ۱۵۰-ج ۱)۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ بروں گردانی سے پیدا شدہ کسر میں زیرین قطعہ کا بالائی سرا قصبہ کی طرف کوئل جاتا ہے۔ گردوں گردانی سے پیدا شدہ ضرر میں یہ اس ہڈی سے دور ہٹ جاتا ہے۔ شظیہ کے زیرین حصہ کے سور کے ان تمام واقعات کا احتیاط سے امتحان کرنے سے جو اس زمانہ میں لندن ہسپتال (London Hospital) میں داخل ہوئے جب کہ میں (ایف۔ ٹی۔ F.T.) وہاں مسجل جراحی (surgical registrar) کے عہدہ پر متعین تھا مجھے اس امر کا یقین آگیا کہ یہ ضرر پاؤں کی دروں گردانی کی نسبت بروں گردانی سے زیادہ کثرت سے پیدا ہوتا ہے۔ پاؤں کی سادہ دروں گردانی سے شظیہ (fibula) کے نیچے کے سرے کا کسر ممکن نہیں ہوتا جب تک کہ خارجی جانی رباط سالم رہے۔

باہر کی طرف کے خلع (outward luxation) میں جسے پاسٹ کے کسر (Pott's fracture) کے نام سے موسوم کرنا بہتر ہے یہی صورت حالات پائی جاتی ہے جو پاؤں کی شظیہ پر بروں گردانی واقع ہونے کے اثرات کے سلسلہ میں ابھی بیان کیا جا چکی ہے۔ اس کسر میں یہ ہڈی ہمیشہ کعبیہ سے ۲ یا ۳ انچ اوپر سے ٹوٹی ہے۔ رباط دالید (deltoid ligament) پھٹ جاتا ہے یا اندرونی کعبیہ کی نوک علحدہ ہو جاتی ہے۔ سب سے پہلے وتروں کے غلافات کو ضرر پہنچتا ہے اور وہ دریدہ ہو جاتے ہیں۔ عرقوب (astragalus) باہر کی طرف کو اس طرح گھوم جاتی ہے کہ پاؤں بہت بروں گردانیدہ ہو جاتا ہے، اور اس کا بیرونی کنارہ مرتفع ہو جاتا ہے، اور اس کا اندرونی کنارہ زمین سے چھوٹے لگتا ہے۔ تحتانی قصبہ ششوی رباطات (inferior tibio-fibular ligaments) علیٰ حال ہوتے ہیں۔ اگر یہ ٹوٹ جائیں تو کسر یا خلع کی ایک غیر معمولی قسم پیدا ہو جاتی ہے جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔ بائیر (Boyer) ایک واقعہ بیان کرتا ہے جو عیدم النظر تصور کیا جاتا ہے۔ اس میں پاؤں باہر کی طرف کو مخلوع ہو گیا تھا لیکن شظیہ میں کوئی کسر واقع نہیں ہوا تھا۔ مگر یہ ہڈی تمام کی تمام اوپر کی طرف کو اٹھ گئی تھی اور اس کا سر قصبہ کے مفصلی رخیج سے

مخلوع ہو گیا تھا۔ اگر تحتانی قصبیتی شظوی رباطات بالکل پھٹ جائیں تو پاؤں کی گردش اور شظیہ (fibula) کے کسر کے بغیر ایک افقی خلع ممکن ہوتا ہے۔

ڈوپٹرن کے کسر (Dupuytren's fracture) میں (جو ایک نادر الوقوع ضرر ہے) شظیہ (fibula) کعبیہ سے ۳ تا ۴ انچ اوپر کسور ہوتی ہے۔ مقدم قصبیتی شظوی رباطات تمامہ دریدہ ہو جاتے ہیں، یا قصبہ کا وہ حصہ جس سے یہ جیسپیدہ ہوتے ہیں علحدہ ہو جاتا ہے اور شظیہ کے نیچے کے ٹکڑوں سے ملا رہتا ہے۔ پاؤں افقی رخ میں باہر کی طرف کو مخلوع ہو جاتا ہے، اور اوپر کی طرف کو کھینچا جاتا ہے۔ اوپر کی طرف کو جو غیر وضعیت واقع ہوتی ہے اس کی مقدار کا انحصار اس بلندی پر ہوتا ہے جس پر شظیہ (fibula) ٹوٹتی ہے۔

اندر کی طرف کے خلع (inward luxation) میں خارجی جانبی رباط دریدہ ہو جاتا ہے، یا بیرونی کعبیہ کی نوک کھینچ کر علحدہ ہو جاتی ہے۔ رباط دالسیہ (deltoid ligament) علیٰ حالہ رہتا ہے، لیکن اندرونی کعبیہ بالعموم اس چوٹ سے شکستہ ہو جاتا ہے جس سے عرقوب (astragalus) اس سے مل جاتی ہے۔ یہ ہڈی بعض اوقات خود بھی ٹوٹ جاتی ہے اور ہر حالت میں باہر کی طرف کو گھوم جاتی ہے، جس سے پاؤں دروں گردہ ہو جاتا ہے، اور اس کا اندرونی کنارہ بہت مرتفع ہو جاتا ہے۔ اس خلع کے تمام اقسام میں خواہ وہ سادہ ہوں یا پیچیدہ قصبیتی شظوی رباط علیٰ حالہ رہتا ہے۔

مقدم موخر خلوع۔ پیچھے کی طرف اور آگے کی طرف۔ یہ چوٹیں ٹانگ کے مثبت ہونے کی حالت میں پاؤں پر بہت سی قوت کے عمل کرنے سے یا زیادہ تر پاؤں کے دفعۃً ساکن ہو جانے سے جبکہ جسم کو بہت تیزی سے حرکت دی جائے جیسا کہ چلتی گاڑی سے پھلانگ مارنے کی حالت میں ہوتا ہے پیدا ہوتی ہیں پچھلی طرف کے خلع میں عرقوب (astragalus) قصبیہ کے پیچھے چلی جاتی ہے اور موخر الذکر ہڈی کی مفصلی سطح سفینیہ (scaphoid) اور فانی شکل (cuneiform) ہڈیوں پر ٹکرن ہو جاتی ہے۔ مقدم اور موخر رباطات بالکل پھٹ جاتے ہیں اور دونوں جانبی بندوں کا زیادہ تر حصہ بھی دریدہ ہو جاتا ہے۔ شظیہ (fibula) کعبیہ سے ۲ یا ۳ انچ اوپر سے ٹوٹ جاتی ہے

اور اندرونی کعبیہ میں بھی عام طور پر کس واقع ہو جاتا ہے۔
 اور یہی طرف کا خلع۔ اس نادر الوقوع حادثہ میں تحتانی قصبیہ شظوی رباطات
 ششک ہو جاتے ہیں، اور دونوں ہڈیوں کے زیرین سرے دور تک علیحدہ ہو جاتے ہیں، اور
 عرقوب ان کے درمیان گھس جاتی ہے۔ مقدم اور موخر رباطات بالکل بھٹ جاتے ہیں
 اور جانبی رباطات عام طور پر بچ جاتے ہیں مگر ان میں کس قدر خفیف سی دریدگی واقع ہو جاتی
 ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ حادثہ عام طور پر گرنے سے وقوع میں آتا ہے جبکہ مریض عین
 تلووں کے بل گرے۔

851

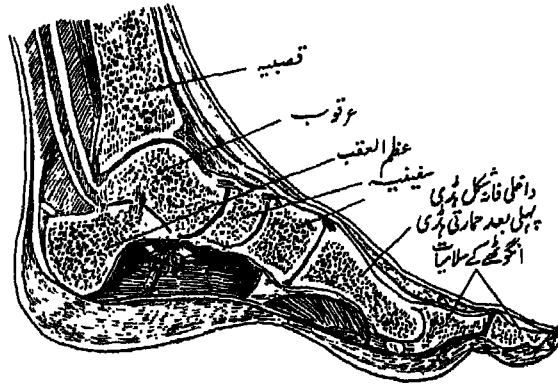
عرقوب (astragalus) (تالوس: talus) کا خلع - یہ ہڈی بعض اوقات
 اکیلی مخلوع ہو جاتی ہے۔ اور عظم العقب، قصبیہ، شظیہ، اور سفینیہ سے اس کے
 تعلقات منقطع ہو جاتے ہیں۔ غیر واضعیت مقدم موخر یا جانبی ہو سکتی ہے۔ مقدم خلع
 نہایت ہی کثیر الوقوع ہے۔ اور کثرت وقوع کے لحاظ سے بیرونی اور آگے کا خلع اس کے بعد
 آتا ہے۔ ان چوٹوں میں عظم العقب (os calcis) اور عرقوب (astragalus) کے
 درمیان کا بین العظامی رباط بالکل دریدہ ہو جاتا ہے۔ نیز کچھ کے جانبی رباطات کا
 بہت سا حصہ اور وہ مختلف بند بھی جو عرقوب (astragalus) کو عظم العقب
 (os calcis) اور سفینیہ (scaphoid) سے ملاتے ہیں ٹوٹ جاتے ہیں۔ تمام مثانوں
 میں کعبیہ تلوے کے زیادہ نزدیک آ جاتے ہیں۔ شعاع نگاری سے یہ ظاہر ہو چکا ہے کہ
 عرقوب (astragalus) کے خلع کے ساتھ کسر اکثر موجود ہوتا ہے۔ اگر یہ امر ذہن نشین رکھا
 جائے کہ عرقوب انحصاری محراب کی چابی ہے، اور ان تمام حوادث میں جو پاؤں پر بہت سا
 دباؤ پڑنے کا باعث ہوتے ہیں زیادہ تر صدمہ اسی کو پہنچنا ضروری ہے تو اس کی گردن یا
 اس کے جسم کے کسر کی وجہ سمجھ میں آ جائیگی۔ ایسی حالتوں میں عرقوب کا استیصال کیا جا چکا
 ہے۔ اور کچھ کے جدید جوڑ میں بہت سی حرکت از سر نو قائم کی جا چکی ہے۔

پاؤں کے زیر عرقوبی خلع (subastragaloid dislocations of the foot) - ان ضرات میں جو بہت قلیل الوقوع نہیں ہیں عرقوب قصبیہ اور شظیہ کے
 درمیان اپنی وضع پر قائم رہتی ہے، اور باقی پاؤں اس ہڈی کے نیچے سے مخلوع ہو جاتا ہے۔

لہذا یہ خلع مقدم اور موخر زیر عروقی جوڑوں سے تعلق رکھتا ہے۔ پاؤں یا تو آگے کی طرف یا پیچھے کی طرف کو یا ایک جانب کو سرک جاتا ہے۔ مقدم غیر وضعیت نہایت ہی نادر وقوع ہے۔ اور جانبی خلوع تقریباً ہمیشہ ترچھے ہوتے ہیں۔ عام ترین غیر وضعیتوں میں پاؤں یا تو باہر کی طرف کو مغزوع ہو جاتا ہے یا اندر کی طرف کو، اور ساتھ ہی پیچھے کی طرف کو بھی ہٹ جاتا ہے۔

وسطانی حمارتی جوڑ (mediotarsal joint) پاؤں کی اندرونی جانب

652



شکل ۱۵۱۔ پاؤں کی مقدم موخر ترشش۔

(رڈنجر: Rüdingers کے مطابق)۔

عقوب کے سر اور سفینیہ کے درمیان اور بیرونی جانب پر عظم العقب اور نردی ہڈی کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ اندرونی جوڑ مقدم زیر عروقی جوڑ (anterior subastragaloid joint) کا ایک حصہ ہوتا ہے (دیکھو صفحہ ۵۵۴) اور بیرونی کا زلابی کہہ لگتا ہے۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ انگلیوں کو باہر کی یا اندر کی طرف پھرنے کی حرکتیں زیادہ تر کولے کے جوڑ پر واقع ہوتی ہیں اور پاؤں کے کنارہ کو اوپر یا نیچے کرنے کی حرکتیں زیادہ تر

زیر عروقی جوڑوں سے تعلق رکھتی ہیں۔

۱۔ پاؤں۔ پاؤں میں دو محرابیں ہیں ایک مقدم موخر اور ایک مستعرض۔
 ا۔ مقدم موخر محراب (antero-posterior arch) کی چوٹی عروقب (astragalus) پر ہوتی ہے۔ اسے دو پایوں سے مرکب تصور کیا جاسکتا ہے۔ پچھلا پایہ عظم العروقب پر شکل ہوتا ہے اور اگلا پایہ سفینیہ (scaphoid) ، فائیکل (cuneiform) اور بعد حارقی ہڈیوں پر۔ عروقب سے محراب کی چابی بنتی ہے۔ اور اس کا سر یہ فعل خاص طور پر سر انجام دیتا ہے (شکل ۱۵۱)۔

پاؤں ایڑی اور بعد حارقی ہڈیوں کے سروں اور بیرونی حاشیہ کے بل زمین پر رکھا جاتا ہے (شکل ۱۵۳)۔ پچھلا پایہ ٹھوس ہوتا ہے اور ایک مضبوط ہڈی سے بنا ہوتا ہے اور اس میں صرف ایک ہی جوڑ ہوتا ہے۔ یہ جسم کے وزن کا زیادہ تر حصہ برداشت کرتا ہے اور پنڈلی کے عضلات کی چسپیدگی کے لئے ایک محکم اساس کا کام دیتا ہے۔ بخلاف اس کے محراب کا مقدم حصہ بہت سی چھوٹی چھوٹی ہڈیوں اور متعدد پیچیدہ جوڑوں سے بنا ہوتا ہے۔ یہ حصہ پاؤں کو لچک دیتا ہے۔ اور جو صدمے تلوے کو پہنچتے ہیں انکے اثر میں تخفیف کرتا ہے۔ جہاں تک موخر الذکر امر کا تعلق ہے محراب کے دونوں تنوؤں کی اضافی وقعت کا اندازہ بندی پر سے پہلے ایڑی کے بل اور پھر انگلیوں کی گدیوں کے بل پھلاناگ مارنے سے کیا جاسکتا ہے۔ محراب کا اندرونی حصہ بیرونی کی نسبت بہت زیادہ خمیدہ ہوتا ہے اور محراب قدم کی پشت اسی سے بنتی ہے۔

۲۔ مستعرض محراب (transverse arch) فائیکل ہڈیوں پر نمایاں ترین ہوتی ہے۔ یہ پاؤں کو بہت سی لچک دیتی ہے اور تلوے کے عروق کی محافظت کرتی ہے۔ سر روبرٹ جونز (Sir Robert Jones) کے مطابق مستعرض محراب پر بعض اوقات بار پڑ جاتا ہے یا یہ ٹپٹی ہو جاتی ہے۔ اس حالت میں جب مریض تلوے کی پس صبی گدی بوجھ ڈالتا ہے تو بعد حارقی سلامیاتی مفال (metatarso-phalangeal joints) میں درد ہونے لگتا ہے (وجع الحمارہ : metatarsalgia) جب مریض بعد حارقی ہڈیوں کو اکٹھا کر کے مضبوط کرتا ہے تو درد رفع ہو جاتا ہے۔ اسی لئے یہ خیال کیا جاتا ہے کہ

یہ نقص متعرض محراب کے بیٹھ جانے ہی سے پیدا ہوتا ہے۔ اگر جوتے کے تلوے پر ایک بند مستعرضاً لگا دیا جائے تو جسم کا بوجھ زیادہ تر ایڑی پر پڑتا ہے اور متعرض محراب پر جو بار پڑتا ہے وہ اس طرح رفع ہو جاتا ہے۔

انحصی محراب کا قیام۔ اگرچہ مختلف ہڈیوں کی شکل اس طرح کی ہوتی ہے کہ وہ اپنی اپنی جگہ پر محراب میں ٹھیک طرح سے بیٹھی ہوتی ہیں، اور رباطات سے بستہ ہوتی ہیں مگر اس کے قیام کا انحصار نہ تو ہڈیوں کی شکل پر ہوتا ہے اور نہ رباطاتی چسپیدگی پر، بلکہ زندہ عضلات پر ہوتا ہے جو پاؤں پر جسم کا وزن پڑنے ہی اپنا فعل شروع کر دیتے ہیں۔ اس سے تعلق رکھنے والے عضلات کتے میں گروہ ہیں۔ (۱) قابض گروہ جو قصبیہ اور شظیہ اور بین العظامی غشا کی موخر جانب سے پیدا ہوتا ہے۔ (۲) باسط گروہ جو ان ساختوں کی مقدم جانب سے پیدا ہوتا ہے۔ (۳) انحصی گروہ جو تلوے میں واقع ہوتا ہے۔ رباطات پر بار صرف اس حالت میں ہی پڑتا ہے جبکہ ان عضلات کو ضرر پہنچ چکا ہو یا ان کی قوت تحلیل ہوگئی ہو۔ رباطات مسلسل بار پڑنے کا لازمی نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان میں تطول نمودار ہو جاتا ہے اور جب یہ طویل ہوتے جاتے ہیں تو ہڈیاں جدید محراب کی شکل سے مطابقت پیدا کر لیتی ہیں جو اس طرح ایک متقل شکل اختیار کر لیتی ہے۔

654

دروں گردانی (inversion) اور بروں گردانی (eversion) کی حرکتیں جن کی وجہ سے پاؤں اپنے نیچے کی زمین سے موافقت پیدا کر لیتا ہے زیر عروقی جوڑوں کے واقع ہوتی ہیں جو تعداد میں دو ہوتے ہیں۔ (۱) مقدم زیر عروقی جوڑو عروب کے سر اور تین اور حصوں یعنی (۱) دعام العروب (sustentaculum tali)، (ب) تحتانی عقبیتی سفینیٹی رباط (inferior calcaneo-scapoid ligament) اور (ج) سفینیہ (scaphoid) کے درمیان ہوتا ہے (شکل ۱۵۱)۔ (۲) موخر زیر عروقی (posterior subastragaloid) جوڑو عروب کے جسم اور عظم العقب کے درمیان ہوتا ہے۔ موخر جوڑو مقدم سے بین العظامی رباط کے ذریعہ سے علحدہ ہوتا ہے۔ ایک تیسرا جوڑو بھی ان اہم حرکتوں سے تعلق رکھتا ہے۔ اور یہ عظم العقب اور زردی ہڈی کے درمیان کا ہے۔ جو عضلات دروں گردانی پیدا کرتے ہیں وہ یہ ہیں۔ (۱) عضلہ قصبیہ

موخر (tibialis posticus) - (۲) عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) - پہلا عضلہ دروں گردانی معہ انحصی خم کردگی کے اور دوسرا دروں گردانی معہ ٹھہری خم کردگی کے پیدا کرتا ہے۔ انٹیلیوں کے قابض عضلات پہلے عضلہ کی مدد کرتے ہیں، اور انگوٹھے کا باسط عضلہ دوسرے کی مدد کرتا ہے۔ بروں گردانی (۱) شطیبہ طویلہ (peroneus longus) (۲) شطیبہ قصیرہ (peroneus brevis) (۳) شطیبہ ثالثہ (peroneus tertius) اور (۴) باسط طویلہ اصبعیہ (extensor longus digitorum) سے پیدا ہوتی ہے۔ پہلا بروں گردانی معہ انحصی خم کردگی کے پیدا کرتا ہے (اور دوسرے معہ ٹھہری خم کردگی کے پیدا کرتے ہیں۔

مذکورہ بالا امور سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ زیر عرقوبی جوڑوں پر عضلات کے چار گروہ فعل کرتے ہیں جو پاؤں کی حرکتوں کا توازن قائم رکھتے ہیں، اور ان کی تعین بھی کرتے ہیں۔ اور ایسی چار وضعیں ہیں جن میں یہ پاؤں کو مثبت رکھ سکتے ہیں:- (۱) دروں گردانی معہ انحصی خم کردگی کے (فرسی فدع القدم : talipes equino-varus) (۲) بروں گردانی معہ انحصی خم کردگی کے (فرسی روج القدم : talipes equino-valgus) - (۳) دروں گردانی معہ ٹھہری خم کردگی کے (عقبی فدع القدم talipes calcaneo varus: (۴) بروں گردانی معہ ٹھہری خم کردگی کے (عقبی روج القدم : talipes calcaneo-valgus: پاؤں کی اختیار کردہ وضع کا انحصار عضلات کے مشلول یا کمزور گروہ یا گروہوں پر ہوگا۔

655

بروں گردانی اُن ساختوں سے محدود رہتی ہے جو تلوے کی اندرونی جانب پر ہوتی ہیں۔ مبعده ابهامیہ قدیمیہ (abductor hallucis) انحصی رواج قصبیتی عضلات اور تحتانی حقیقتی رباط۔ دروں گردانی کی تحدید شطیبی (peroneal) عضلات اور پاؤں کے بیرونی کنارہ پر کے رباطات سے، اور انجام کار سفینیہ کے حدیبہ کے دعائم العرقوب (sustentaculum tali) سے مل جانے سے ہوتی ہے۔

دروں گردانی اور بروں گردانی کی حرکتیں بطح (supination) اور اکباب (pronation) کی تناظر ہوتی ہیں۔ لیکن جارحہ اعلیٰ میں یہ کعبہ (radius) اور نذہ (ulna)

کے درمیان واقع ہوتی ہیں۔ اور جارحہ سفلی میں عوقوب (astragalus) اور پاؤں کے باقی حصہ کے درمیان ہوتی ہیں۔

گرزپا (club-foot) - کج پائی (talipes) یا گرزپا (club-foot) کو چار بڑے بڑے گردہوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ یعنی (۱) فرسی کج پائی (T. equinus) (۲) عقیقی کج پائی (T. calcaneus) (۳) فدخ القدم (T. varus) اور (۴) روج القدم (T. valgus)۔ ان بڑی بڑی قسموں کے ملنے سے چار ثانوی قسمیں پیدا ہوتی ہیں یعنی فرسی فدخ القدم (T. equino-varus) فرسی روج القدم (T. equino-valgus) عقیقی فدخ القدم (T. calcaneo-varus) اور عقیقی روج القدم (T. calcaneo-valgus)۔

۱۔ فرسی کج پائی (talipes equinus) - اس بدشکلی میں ایڑی اوپر کی طرف کھینچی ہوتی ہے اور مریض انگلیوں کی گدیوں پر چلتا ہے۔ جن عضلات میں انقباض پایا جاتا ہے وہ ساق کے وہ عضلات ہیں جو اخیلی وتر (tendo Achillis) سے پسیدہ ہوتے ہیں۔ اور جن عضلات میں شلل پایا جاتا ہے وہ باسطات قدم ہیں۔ پاؤں میں انقباض کم کر دیا اور نمایاں دروں گردانی پائی جاتی ہے۔ بخوبی واضح حالت میں ایڑی کی ہڈی بہت اونچی اٹھی ہوتی ہے حتیٰ کہ بعض اوقات قصبیہ (tibia) سے بھی مل جاتی ہے۔ عوقوب (astragalus) نیچے کی طرف کو سرک جاتی ہے اور پشت پا پر ابھرتی ہے۔ پاؤں کا رجحان بتدریج زیادہ دروں گردانیدہ ہو جانے کی طرف ہوتا ہے حتیٰ کہ انجام کار سفینیہ (scaphoid) دعام (sustentaculum) کو چھونے لگتی ہے۔ تلوے کے رابطات بہت منقبض ہو جاتے ہیں۔

۲۔ عقیقی کج پائی (talipes calcaneus) - گرزپا کی اس قسم میں انگلیاں اوپر کی طرف کھینچی ہوتی ہیں، اور مریض ایڑی پر چلتا ہے۔ جن عضلات میں انقباض پایا جاتا ہے وہ جارحہ کی مقدم جانب پر کے باسط عضلات ہیں۔ ایڑی کی ہڈی زیادہ قصبائی ہو جاتی ہے۔ اور عوقوب اتنی ترچھی ہو جاتی ہے کہ اس کی بالائی مفصلی سطح کا کچھ حصہ بعض اوقات خلفی رخ میں قصبیہ (tibia) سے پیچھے نکل جاتا ہے۔

۳۔ فدع القدم (talipes varus) - یہ ایک عام ترین قسم ہے، لیکن خالص شکل میں یہ بھی نہیں پائی جاتی۔ بلکہ اس کے ساتھ پاؤں کی دروں گردانی پائی جاتی ہو۔ جنینی پاؤں کے بعض خواص حدِ مبالغہ تک برقرار رہتے ہیں۔ بہت نمایاں خلقی واقعہ میں بدشکلی تہری ہوتی ہے۔ (۱) ایڑی ان عضلات کے ذریعہ سے جو اخیلی وتر (tendo Achillis) سے چسپیدہ ہوتے ہیں اوپر کی طرف کو کھچی ہوتی ہے۔ (۲) پاؤں عضلات قصبیہ مقدم (tibialis anticus) اور موخر (posticus) کے انقباض سے دروں گردانیدہ ہوتا ہو۔ (۳) تواعضلہ قابضہ طویلہ صغیرہ (flexor longus digitorum) کے ذریعہ سے اور انھیں ردا اور رباطات کے سکڑ جانے سے منقبض ہو جاتا ہے۔ عوقب کی گردن زیادہ لمبی ہوتی ہے اور طبعی پاؤں کی ہڈی کی گردن کی نسبت نیچے کی اور اندر کی طرف کو زیادہ منصرف ہوتی ہے۔ بالغ میں عوقب کی گردن اس کے جسم کے محور سے ۱۰ درجہ کے زاویہ پر اندر کی طرف کو منصرف ہوتی ہے۔ نوزائیدہ میں ۲۵ درجہ کے زاویہ پر اور فدع القدم (talipes varus) میں ۵۰ درجہ کے زاویہ پر ہوتی ہے۔ سفینیہ (scaphoid) اوپر کی اور اندر کی طرف کو مرکب جاتی ہے حتیٰ کہ اسکا اندرونی کنارہ بعض اوقات اندرونی کعبیہ سے چھونے لگتا ہے۔ تینوں فائدہ شکل ہڈیاں بھی سفینیہ کی متابعت کرتی ہیں اور نزدیکی ہڈی ہمارہ میں سب سے نیچے کا محل اختیار کر لیتی ہے۔ نزدیکی ہڈی کا بیرونی کنارہ عظم العقب کے ساتھ ایک زاویہ بناتا ہے، اور عضلہ شظیبہ طویلہ (peroneus longus) کا وتر نزدیکی ہڈی کے میزاب میں سے نیچے پھسل کر عظم العقب سے آجاتا ہے۔ داخلی جانبی رباط کا مقدم کنارہ منقبض اور غیر مناسب طور پر نمایاں ہوتا ہے۔ اور اس طرح دروں گردانی ایک نمایاں درجہ تک پائی جاتی ہے۔

۴۔ روج القدم (talipes valgus) میں پاؤں بروں گردانی کی مستقل وضع اختیار کر لیتا ہے۔ جو عضلات منقبض ہوتے ہیں وہ دونوں شظیی عضلات ہیں۔ بخوبی نمایاں خلقی واقعہ میں عظم العقب ذرا اوپر کی طرف کو اٹھی ہوتی ہے اور عوقب آگے کی اور نیچے کی طرف کو مرکب ہوتی ہے۔ سفینیہ میں گردش پائی جاتی ہے جس سے اس کا اندرونی حصہ منخفض اور بیرونی مرتفع ہوتا ہے۔ اس ہڈی کے اندرونی حصہ سے

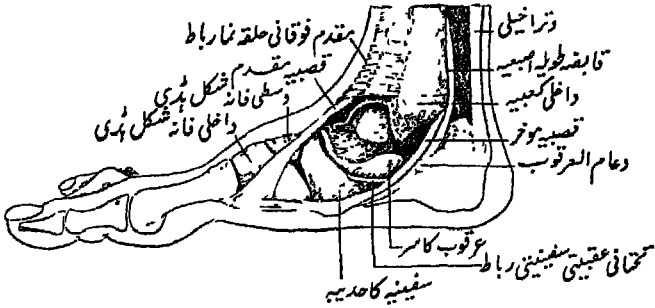
ان دو مریات میں سے جو پاؤں کی اندرونی جانب پر نمایاں ہوتے ہیں ایک مریہ بنتا ہے۔ دوسرا مریہ عرقوب (astragalus) کے سر سے بنتا ہے۔ نردی ہڈی (cuboid) ذرا باہر کی طرف کو گھومی ہوتی ہے۔ پاؤں کی محراب غائب ہوتی ہے، اور وہ تمام رابطات جو اس کو سہارا دیتے ہیں اور اسے برقرار رکھتے ہیں تنیدہ ہوتے ہیں۔ کچ پانی کی مخلوط یا شانوائی قسموں کا ذکر کرنے کی ضرورت نہیں۔ یہ صرف تبدیلی قسموں ہی کے اکٹھے پائے جانے کا نتیجہ ہوتی ہیں۔

چونکہ کچ پانی میں تکلیف اکثر پاؤں کے کسی ایسے حصہ پر بار پڑنے کی وجہ سے ہوتی ہے جس پر معمولی حالت میں بار نہیں پڑتا اس لئے یہ معلوم کر لینا مناسب ہے کہ اس ہڈی کی مختلف قسموں میں مریض پاؤں کے کن کن حصوں کے بل چلتا ہے۔ فروع القدم (varus) میں ”پانہاد“ پانچویں بعد صارتی ہڈی کی بیرونی جانب سے بنتا ہر فروع القدم (valgus) میں اندرونی کعبیہ اور سفینیہ سے بنتا ہے۔ فرسی کچ پانی (equinus) میں بار تمام انگلیوں کے قاعدوں پر پڑتا ہے۔ اور فرسی فروع القدم (equino-varus) میں چھنگلی کا قاعدہ، اور فرسی فروع القدم (equino-valgus) میں انگوٹھے کا قاعدہ زمین پر لگتا ہے۔ اور عقی کچ پانی کی تمام قسموں میں ایڑی زمین پر لگتی ہے۔

خلقی قسم کے گرزپا (club-foot) کی انتہائی اور شدید حالتوں میں بعض اوقات ایک عملیہ سے جو صماری (tarsectomy) کے نام سے موسوم ہے ہڈی کے فافانے علیحدہ کر دئے جاتے ہیں۔ اس لئے فرسی فروع القدم (talipes equino-varus) میں فافانہ کا قاعدہ پاؤں کی باہر کی طرف کو اوگا اور زیادہ تر نردی ہڈی پر مثل اوگا، اور اس سفینیہ (scaphoid) پر ہوگا۔

چپٹا پاؤں (flat-foot) اور فروع القدم (splay-foot) اس ہڈی کے نام ہیں جو غالباً بعض رابطات کے جواب دے دینے سے پیدا ہوتی ہے جس سے پاؤں کی محراب غائب ہو جاتی ہے اور تلوا کم و بیش مکمل طور پر چپٹا ہو جاتا ہے۔ ساتھ ہی پاؤں مبعد بھی ہوتا ہے، اور بیرونی کنارہ اکثر ذرا سا اوپر کی طرف کو اٹھا ہوتا ہے جسکی وجہ سے مریض زیادہ تر پاؤں کی اندرونی طرف پر ہی چلتا ہے۔ یہ ہڈی ان اشخاص میں پائی جاتی ہے

جو بہت زیادہ کھڑے رہتے ہیں۔ اور یہ ان عضلات کے اور خاص کر عضلہ قصبیہ مقررہ ہونے کے جوابدے دینے کا بلا واسطہ نتیجہ ہوتی ہے جو پاؤں کو دروں گردانی کی وضع پر قائم رکھتے ہیں۔ رباطات پر صرف اسی حالت میں بار پڑتا ہے اور ان کا طول بڑھتا ہے جب کہ ان عضلات کی قوت تحلیل ہو جائے اور یہ جواب دے دیں۔ کیونکہ یہ اس بلور ایک کلیہ کے تسلیم کیا جاسکتا ہے کہ جوڑ پر کا طبعی بار عضلات پر پڑتا ہے، اور رباطات صرف حرکات کی وسعت کو محدود کرنے کا کام دیتے ہیں۔ تحتانی عقیبیہ سفینی (inferior calcanéo-scapoid) رباط وضع قیام میں طبعی طور پر ڈھیلا رہتا ہے۔ اور عرقوب (astragalus) کے سر کے بوجھ کو عضلہ قصبیہ موخر (tibialis posticus) مہار دیتا ہے (شکل ۱۵۲)۔



شکل ۱۵۲۔ چھٹے پاؤں کی تقطیع اندر کی جانب سے۔

یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ ٹانگ کے عضلات چلنے کی نسبت کھڑے ہونے میں زیادہ جلزستہ ہو جاتے ہیں کیونکہ کھڑے ہونے کی حالت میں وہ عضلات جو پاؤں کی دروں گردانی کرتے ہیں ایک تنش کی حالت میں رہتے ہیں۔ مگر چلنے میں ان کو سکون اور قفل کے لئے متبادل اوقات ملتے ہیں۔ لہذا ان اشخاص میں جن کے پیشوں میں طول طویل عرصہ تک کھڑے رہنے کی ضرورت ہوتی ہے پاؤں کی دروں گردانی کو برقرار رکھنے والے عضلات (خاص کر عضلہ قصبیہ موخر) خستہ ہو جاتے ہیں، اور بتدریج جواب دے دیتے ہیں اس حالت میں

جسم کا وزن اور سے ان ساختوں پر پڑتا ہے جو پاؤں کی بروں گردانی کو محدود رکھتی ہیں اور تحتانی عقیقتی سفینیٹی رباط پر یہ خاص طور پر پڑتا ہے جس پر کہ عرقوب کا ٹنگن ہوتا ہے (شکل ۱۵۲)۔ جب اس رباط پر وزن پڑتا ہے تو یہ دبنا شروع ہو جاتا ہے اور عرقوب کا سر جسم کے وزن سے جو اوپر سے پڑتا ہے دب کر آگے کی اور نیچے کی اور اندر کی طرف کو مرکب جاتا ہے۔ اور پاؤں کے اُس حصہ میں جو اس کے آگے ہوتا ہے پیش بسط کر دینا واقع ہو جاتی ہے اور وہ باہر کی طرف کو مرکب جاتا ہے (شکل ۱۵۲) عظم العقب اندر کی طرف مائل ہو جاتی ہے اور اس کا اگلا سر آخف ہو جاتا ہے لیام العرقوب (sustentaculum tali) عرقوب کے سر، اور سفینیٹی درنہ (scaphoid tubercle) سے پاؤں کی اندر کی جانب پر فراز ابٹ بن جاتے ہیں جو بعض اوقات زمین سے جا لگتے ہیں (شکل ۱۵۲)۔ نیز طویل اور قصیر انھمسی رباطات بھی جو محراب کے برقرار رکھنے میں اتنا زیادہ حصہ لیتے ہیں کچھ عرصہ کے بعد دب جاتے ہیں، اور اس سے مزید بدشکل پیدا ہو جاتی ہے۔ رباط دالید (deltoid ligament) بھی کچھ جاتا ہے۔ غیر ملتفت واقعات میں جھارتی ہڈیوں کی شکل میں تغیر واقع ہو جانے اور ایسے رباطات کے منقبض ہو جانے سے جو اس بدوضی سے ڈھیلے پڑ جاتے ہیں بدشکل کم و بیش منتقل ہو جاتی ہے۔ سفینیہ (scaphoid) اور اندرونی فائیکل ہڈی نمایاں طور پر قائم رہتا ہو جاتی ہیں، اور ان کے راسوں کا رخ پاؤں کی پشت کی طرف کو ہو جاتا ہے (شکل ۱۵۲)۔ پاؤں مبعوہ ہو جاتا ہے اور اس کا بیرونی کنارہ کسی قدر مرتفع ہو جاتا ہے۔ عضلات شیطیہ (peronei muscles) ڈھیلے اور چھوٹے ہو جاتے ہیں اور اس فتور کے مستقل بنانے میں شریک ہو جاتے ہیں۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ مختلف جھارتی ہڈیوں اور مغال پر جو غیر طبعی دباؤ پڑتا ہے اس سے وہ شدید درد پیدا ہوتا ہے جو اس عارضہ میں اکثر پایا جاتا ہے۔ چونکہ پاؤں کی محراب کی استواری زائل ہو جاتی ہے اور یہ آئندہ جسم کا وزن برداشت نہیں کر سکتی اس لئے پنڈلی کے عضلات لاغر ہو جاتے ہیں۔ پاؤں ایک بیرم ہے جس کے ذریعہ سے پنڈلی کے عضلات چلنے کے دوران میں جسم کو اوپر اٹھاتے ہیں۔ جب محراب کے مہبوط کے ساتھ اس بیرم کی استواری غائب ہو جاتی ہے تو پنڈلی کے عضلات آئندہ فعل نہیں کر سکتے۔ اس لئے مریض چلتے وقت

انگلیوں پر وزن ڈال کر پاؤں کو نہیں اٹھاتا بلکہ ایڑی اور پاؤں کی اندرونی جانب پر وزن ڈال کر پاؤں کو اٹھاتا ہے۔

طبعی پاؤں کے نقوش کی شکلیں بہت مختلف ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۱۵۳)۔ بوسٹن (Bosten) کے لووٹ (Lovett) کا یہ خیال تھا کہ جو پاؤں زمین سے صرف دو حصوں پر چھوتے ہیں، یعنی پیچھے کی طرف ایڑی پر اور سامنے کی طرف پاؤں کی گدی پر ان کے کمزور ہو جانے کا سب سے زیادہ احتمال ہوتا ہے (شکل ۱۵۳-۱)۔ چپٹے پاؤں (flat-foot) میں

660



شکل ۱۵۳۔ نقوش قدم کے مختلف اقسام۔

۱۔ طبعی پاؤں کا جس کی محراب بلند ہے۔

۲۔ اسکی بھی محراب بلند ہے۔

۳۔ جس کی محراب نیچی ہے۔

۴۔ چپٹے پاؤں کا۔

پاؤں کا اندرونی کنارہ بھی زمین سے مل جاتا ہے۔ اس لئے ایڑی اور انجمی گدی اور پاؤں کے بیرونی حاشیہ کے درمیان کا رقبہ جو طبعی نقش قدم میں خالی رہتا ہے، جزوی یا کلی طور پر

پُر ہو جاتا ہے (شکل ۱۵۳-۵)۔

یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ وسطانی حارقی جوڑ (mediotarsal joint) کو جو اس ہڈی میں اتنا نمایاں طور پر متاثر ہوتا ہے مقدم قصبیتی (anterior tibial)، عضلی جلدی (musculo-cutaneous)، اور خارجی انحصی (external plantar) انحصا رسد پہنچاتے ہیں۔

جو حالت قدم کھف (pes cavus) (چمگالی پاؤں: claw-foot) کے نام سے موسوم ہے اس میں پاؤں وسطی حارقی جوڑ پر خم کردہ ہوتا ہے، انحصی محراب بڑی ہو جاتی ہے، ایڑی اوپر کی طرف کو مچھی ہوتی ہے، اور قریبی سلامیات خاص کر انگوٹھے کے، ظہری طرف کو خم کردہ ہوتے ہیں۔ یہ عارضہ بتدریج نمایاں ہوتا ہے اور انجام کار بہت سی لاچاری کا باعث ہوتا ہے۔ اس کا سبب معلوم نہیں۔ انگلیوں اور پاؤں کے عضلات باسطہ میں عام طور پر کسی قدر کمزوری پائی جاتی ہے۔

حارقی ہڈیاں (tarsal bones) اپنے اسفنجی خاصہ کی وجہ سے بلا واسطہ چوٹ اور شدید کوفتگیوں سے آسانی ٹوٹ جاتی ہیں۔ چونکہ وہ نرم حصے جو ان ہڈیوں کو پوشیدہ کرتے ہیں پاؤں کی پشت پر کم مقدار میں ہوتے ہیں اس لئے یہ حوادث اکثر مرکب ہوتے ہیں اور ان میں پوش کی بہت سی اوریدگی پائی جاتی ہے۔

جو حارقی ہڈی سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ کسور ہوتی ہے وہ عظم العقب ہے۔ یہ ہڈی ایڑی کے بل گرنے سے ٹوٹ سکتی ہے اور بہت سی مثالوں میں ایسے حادثے صرف یہی ہڈی ٹوٹی ہے عضلی فعل کی شدت سے عقبیہ (calcaneus) میں کسر واقع ہونے کے چند واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے۔ جن عضلات سے کسر واقع ہوتا ہے وہ عضلات وہ ہیں جو تراخیلی (tendo Achillis) سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ ایبل (Abel) نے دو عام العرقوب (sustentaculum tali) کے کسر کے تین واقعات کا اندراج کیا ہے اس کا یہ خیال ہے کہ یہ ضرر تلوے کے بل گرنے یا پاؤں کی انتہائی دروں گردانی سے جب کہ عرقوب (astragalus) اس زائدہ پر بہت زور سے آکر دبتی ہے پیدا ہو سکتا ہے۔

ایڑی کی شعاع نگار شوں میں اکثر ایک عقبیتی ہمار (calcanean spur) دکھائی

دیتی ہے جو عظم العقب کے داخلی یا خارجی حدیبہ سے لیکر آگے کی طرف کو انحصی روا کے اندر تک جاتی ہے بعض حالتوں میں اس قسم کی ہمار (spur) کی موجودگی میں ایڑی کی اند کی جانب پر ہمیشہ درد محسوس ہوتا ہے۔

پاؤں کے بل گرنے سے اکیلی عرقوب (astragalus) بھی ٹوٹ سکتی ہے۔ اور ایسے حادثہ میں یہ اور عظم العقب دونوں اکثر ٹوٹ جاتی ہیں لیکن اس امر کا خیال ضرور رکھنا چاہئے کہ جب مہین پاؤں کے بل گرتا ہے تو حمارتی ہڈیوں کی نسبت قصبیہ (tibia) اور شظیہ (fibula) کے ٹوٹنے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے کیونکہ ٹانگ کی ہڈیاں جسم کے وزن کو بلا واسطہ منتقل کرتی ہیں۔ مگر جب یہ وزن پاؤں میں سے اس کی بہت سی ہڈیوں اور جوڑوں میں سے گزرتا ہے تو منتشر اور منقسم ہو جاتا ہے۔ حمارتی ہڈی کی سا بھانچوں میں ایسے خطوط یا عظمی ہیکس ظاہر ہوتی ہیں جن میں سے ایسی طاقتیں منتقل ہوتی ہیں ایسی سائیکلر ٹوٹ کا خاصہ چوٹ کے واقعات میں امتحان کرتے وقت بعض اوقات عرقوب کا موخر زائدہ بظاہر علحدہ یا کمسور دکھائی دیتا ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ یہ زائدہ بطور ایک علحدہ ہڈی (عظم مثلث: os trigonum) کے نمودار ہوتا ہے۔ اور بعض واقعات میں یہ عرقوب (astragalus) سے متحد ہونے سے رہ جاتا ہے۔

بعد حمارتی ہڈیاں (metatarsal bones) اور سلامیا (phalanges) تقریباً ہمیشہ بلا واسطہ چوٹ سے ٹوٹتے ہیں لیکن باہر کی طرف کی بعد حمارتی ہڈیوں کی پوریاں بعض اوقات صرف سنگ حاشیہ کے کنارے پر سے پھسلنے یا بس (bus) پر سے پھلاناگ مارنے سے ٹوٹ جاتی ہیں۔ جب سے لاشعاعوں کا استعمال ذریعہ تشخیص کے طور پر شروع ہوا ہے حمارتی ہڈیوں اور خاصہ پاؤں کی ہڈی اور سلامیات کے کمسور اور جزوی کمسوریل وقوع نہیں پائے گئے۔ اور یہ اکثر ایسی حرکت یا حادثہ کا نتیجہ پائے گئے ہیں جو بظاہر ایسے ضررات پیدا کرنے کے لئے بالکل ناکافی معلوم ہوتا ہے۔

بعض اوقات ایک یا زیادہ بعد حمارتی ہڈیاں مخلوع ہو جاتی ہیں یا تمام کا تمام سلسلہ اوپر کی یا نیچے کی یا اندر کی یا باہر کی طرف کو سرک جاتا ہے۔ قبل الذکر ضرر عام ترین ہوتا ہے۔ یہ ضرر ان لوگوں کے پاؤں میں خاص طور پر دیکھا گیا ہے جو گھوڑے پر سے گرے ہوں

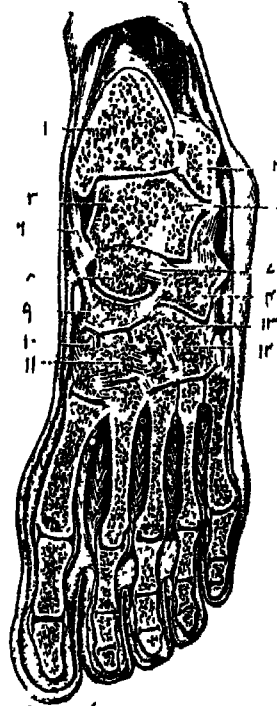
اور رکاب میں پاؤں کے مخفیں جانے سے گھسٹتے گئے ہوں۔

حصہ کا تعظم (ossification of the tarsus)۔ بوقت پیدائش حصہ زیادہ تر غضروبی ہوتا ہے۔ تعظم ایڑی کی ہڈی میں جنمینی زندگی کے چھٹے مہینے میں اور عرقوب (astragalus) میں ساتویں مہینے میں شروع ہوتا ہے۔ نردی ہڈی (cuboid) کے لئے جو مرکز ہوتا ہے وہ پیدائش کے وقت پر ظاہر ہوتا ہے۔ اور سفینید (scaphoid) میں جو سب سے آخر میں تعظم ہوتی ہے یہ مرکز تیسرے سال میں نمودار ہوتا ہے۔ حمارتی ہڈیوں کی غضروف سن بلوغ تک مکمل طور پر تعظم نہیں ہوتی۔ طویل ہڈیوں کے برالوں کی طرح حمارتی ہڈیاں بھی مکمل طور پر غضروف میں بنتی ہیں، اور گرد و عظمت سے نہیں بنتیں۔

پاؤں کے انگوٹھے کے قریبی سلامیہ کے قلع کی ترجیع ہاتھ کے انگوٹھے کے تناظر قلع کی ترجیع کی طرح اکثر بہت مشکل ہوتی ہے۔ جب غیر وضعت ظہری ہو تو یہ مشکل شاید سمسمانی ہڈیوں، جو وقبی رباط (glenoid ligament) یا لیفی غضروبی صفحہ میں مدفون ہوتی ہیں، اور عضلات کے ان گرد ہوں کے معکوس انقباض کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں جو ان سمسمانی ہڈیوں پر بنتی ہوتے ہیں۔ قریبی سلامیہ کی بیرونی غیر وضعت کا ذکر جو رجحان الایا (hallux valgus) پر مشتمل ہوتی ہے پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 641)۔ اس جوڑ کا اندرونی جانبی رباط منطول ہوجاتا ہے۔ اور بیرونی منقبض ہوجاتا ہے۔ صلب بہام قدم (hallux rigidus) میں یہ جوڑ شاید ان قصیر عضلات کے انقباض سے جو انگوٹھے پر فعل کرتے ہیں ذرا سا خم کردہ اور استوار ہوتا ہے۔ انقباض کی وجہ عام طور پر جوڑ کی سطح کا کوئی ضرر ہوتی ہے۔ اس ضرر میں جو رجحان الحمارہ (metatarsalgia) کی ایک قسم ہے مہم سادہ رہا یا جاتا ہے۔

دوسری انگلی بقیہ انگلیوں کی نسبت عام طور پر زیادہ لمبی ہوتی ہے اور اس کے "مطرقی انگشت پا" (hammer-toe) کی شکل اختیار کرنے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں قریبی سلامیہ بسط کردہ اور وسطی بہت خم کردہ ہوتا ہے۔ یہ عارضہ بالعموم موروثی ہوتا ہے۔ اور کسی ایسی انگلی کے بن العظامی اور قطنی عضلات (lumbricales) میں انقباض پیدا ہونے سے رونما ہوتا ہے جو غیر طبعی طور پر لمبی ہو۔

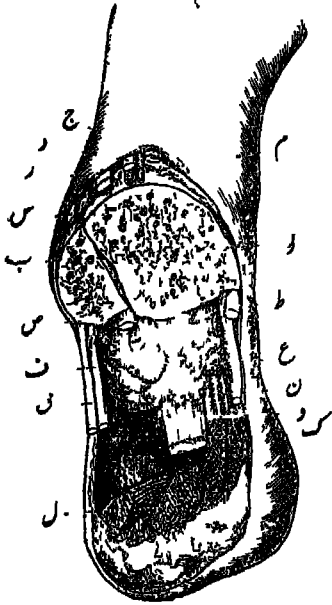
پاؤں میں ٹخنے کے جوڑ کے زللابی کہنے کے علاوہ چھ اور زللابی کہنے ہوتے ہیں۔ یعنی ایک نر زیر عرقوبی جوڑ کے لئے، دوسرا مقدم زیر عرقوبی جوڑ کے لئے، تیسرا عظم العقب اور نردی ہڈی کے درمیان، چوتھا موخر الذکر ہڈی اور باہر کی دو بعد حارقی ہڈیوں کے درمیان، پانچواں اندر کی فائے شعل ہڈی اور پہلی بعد حارقی ہڈی کے درمیان کے جوڑ کے لئے، اور چھٹا بقیہ مفاصل کے لئے (شکل ۱۵۴)۔ کسی ایک ہڈی کے مرآت زدہ ہو جانے کی حالت میں ان زللابی کہفوں کا بہت سا رجحان مرض کو پاؤں کی مختلف ہڈیوں میں منتشر کرنے کی طرف ہوتا ہے۔ لہذا جہاں تک اس قسم کی توسیع کے سوال کا تعلق ہے ہڈی کے مرض کا بہترین محل عظم العقب اور عرقوب کے کچھ حصے ہیں۔ اور جب اسفینیہ باؤف ہوگی تو مرض کا مقام بدترین ہوگا۔ ٹخنے کے جوڑ پر سے ساسم کا بر



شکل ۱۵۴۔ حمارہ کے زللابی کہفوں کو ظاہر کرنے کے لئے پاؤں کی ترجیحی مقدم موخر تراش۔ (Rudinger: روتڈینجر)۔
 ۱۔ قصبیہ۔ ۲۔ شغلیہ۔ ۳۔ عرقوب۔
 ۴۔ عظم العقب۔ ۵۔ داخلی جانبی رباط۔
 ۶۔ عرقوب اور عظم العقب کے درمیان کا بین العظامی رباط۔ ۷۔ عرقوب کا سر۔
 ۸۔ سفینیہ۔ ۹۔ ۱۰۔ اورا تین فائے شعل ہڈیاں۔
 ۱۲۔ نردی ہڈی۔

(Syme's amputation at the ankle) (شکل ۱۵۵)۔ ایری کے دامن میں مندرجہ ذیل ششیں کاٹی جاتی ہیں:۔ پوششیں، خارجی صافنی عصب اور وریہ عضلہ شغلیہ طویلہ (peroneus longus) عضلہ شغلیہ قصیرہ (peroneus brevis)، عضلہ قصبہ موخر، عضلہ قابضہ اصبع طویلہ، عضلہ قابضہ ہتھکڑ (flexor longus hallucis) آخلی وتر (tendo Achillis)، عضلہ قابضہ

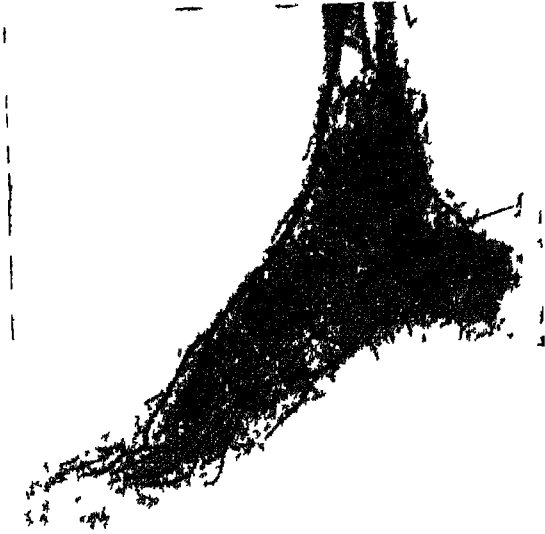
اصبعیہ قصیرہ (flexor brevis digitorum) اور دونوں مہمہم عضلات کے مبادی اور داخلی اور خارجی انحصی شریانیں اور اعصاب۔



شکل ۵۵۔ اسٹم کا ہتر۔ (اگٹز: Agatz)۔
 ا۔ قصیرہ۔ ب۔ شطیہ۔ ج۔ قصیرہ مقدم۔ د۔ عضلہ باہاریہ تہنیہ۔ ع۔ عضلہ باطلہ۔ ف۔ عضلہ شطیہ تہنیہ۔ گ۔ عضلہ شطیہ باطلہ۔ ح۔ عضلہ باطلہ۔
 ط۔ عضلہ شطیہ تہنیہ۔ ی۔ عضلہ شطیہ باطلہ۔ ک۔ عضلہ شطیہ تہنیہ۔ ل۔ عضلہ شطیہ باطلہ۔
 م۔ عضلہ شطیہ تہنیہ۔ ن۔ عضلہ شطیہ باطلہ۔
 عضلات جو اس محلہ میں عام طور پر نیچے نہیں چوڑے جاتے۔ م۔ مقدم۔ ق۔ قصبی عروق۔ ن۔ قصبی عروق۔ و۔ قصبی عروق۔

ظہری دامن میں مندرجہ ذیل ساختیں کاٹی جاتی ہیں۔ عضلہ قصیرہ مقدم، باطلہ اصبعیہ مشترکہ، باطلہ ابہامیہ حقیقی، شطیہ ثالث، مقدم قصبی عروق اور عصب، عضلہ جلدی عصب اور داخلی صافی عضلہ ورید۔ جو بڑی بڑی ساختیں کاٹی گئی ہیں ان کا نخل شکل ۵۵ میں دکھایا گیا ہے جیسا کہ اگٹز (Agatz) کی تصویر میں دکھایا گیا ہے، اس طرح اب عام طور پر تلوے کی عضلہ بافت کے کسی حصہ کی بھی تقطیع نہیں کی جاتی ہے۔ یہ معلوم کر لینا چاہئے کہ ایڑی کی پوششوں کی رسد جو بہت کثیر ہوتی ہے باہر کی طرف زیادہ تر موخر شطیہ شریان کی خارجی عصبی شاخ سے اور اندر کی جانب پر زیادہ تر خارجی انحصی شریان کی داخلی عصبی شاخ سے آتی ہے۔ موخر الذکر عرق اکثر موخر قصبی (posterior tibial) (شطیہ peroneal) شریان سے نکلتا ہے، اور اس حالت میں عصبی انحصی شاخ (calcaneo-plantar branch) کے نام سے موسوم ہوتا ہے۔ اس خطہ کی عصبی رسد شکل ۵۶ میں بخوبی دکھائی دیتی ہے۔ یہ ایک شعاع نگار کش ہے جو بیریئم (barium) کے اشراق کے بعد لی گئی ہے۔ اگر ایڑی کا شکاف اتنا پیچھے پہنچا دیا جائے کہ اس سے موخر قصبی شریان کا تناکٹ جائے تو ایڑی کا دامن رسد خون کے

موخر الذکر منبع سے بے بہرہ رہ جاتا ہے۔ موخر قصبیتی شریان اس خطہ پر روشناخوں میں تقسیم ہوتی ہے جو اندرونی کعبہ کی نوک سے لیکر ایڑی کے انحداب کے مرکز تک کھینچا جائے۔
ایڑی کی پوششوں کو جو اعصاب رسد پہنچاتے ہیں وہ خارجی صافنی (external saphenous) کی عقبیتی شاخیں اور موخری قصبیتی (posterior tibial) کے انحصی جلدی



شکل ۱۵۶۔ پاؤں کی شعاع نگارش۔ شریانوں میں غیر شفاف اشراب کیا گیا ہے۔ بتر سائٹم کے دامن کو جو شریان دموی رسد پہنچاتی ہے اس کے محل وقوع کو غور سے دیکھا جائے۔
۱۔ موخر قصبیتی شریان کی عقبیتی انحصی شاخ۔

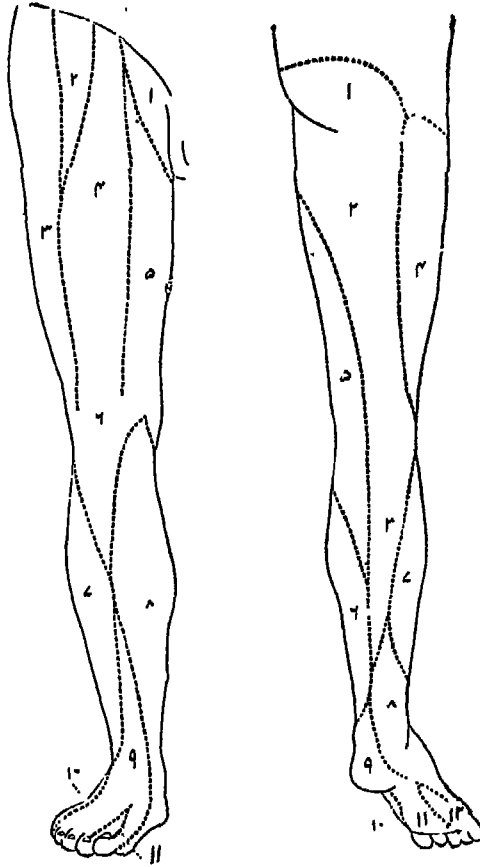
شانچے ہیں۔ پروگاف کا بتر (Pirogoff's amputation) جس میں ایڑی کی ہڈی کا

کچھ حصہ ایڑی کے دامن پر باقی رکھ لیا جاتا ہے، اور شتوپارٹ کا وسطی حمارتی بتر (Chopart's midtarsal amputation) اور لیس فرانک کا بعد حمارتی سلامیاتی بتر (Lisfranc's metatarso-phalangeal amputation) (معدنی) ہے۔ Hay: اور سکی: Skey: کی غیر اہم مرمہ صورتوں کے، اب شاذ و نادر ہی سرانجام دئے جاتے ہیں۔ ان میں بہت سے نقائص پائے جاتے ہیں جو سائم (Syme) کے عملیہ میں نہیں پائے جاتے، اور پاؤں پر سرانجام دینے کے لئے یہ عملیہ بہترین تصور کیا جاتا ہے اور اسے ترجیح دی جاتی ہے۔

زیر عرقوبی بتر (subastragaloid amputations) میں زیر عرقوبی مفصل پر تفصیل مفصل (disarticulation) کی جاتی ہے۔ اور پاؤں کی جوڑی باقی رہ جاتی ہے وہ صرف عرقوب (astragalus) ہی ہوتی ہے، اور اس سے ٹنڈ کی چوٹی بنتی ہے۔ لیکن اس عملیہ کی سرانجام دہی کے دوائی چند ہی ہیں۔

جارجہ اسفل کی عصبی رسد - شکل ۵۵ میں جوارح اسفل کی مقدم (باسط) اور موخر (قائض) دونوں جانبوں کی جلدی عصبی رسد دکھائی گئی ہے، اور شکل ۵۸ میں وہ جبلی قطعات دکھائی دیتے ہیں جن سے اعصاب نکلتے ہیں۔ جوارح اسفل کے مشلات کثیر الوقوع ہیں۔ لیکن کسی مجروح عصب کو نقصان پہنچنے کی نسبت جل شو کی کے تحتانی قطعات کے کسی ضرر سے زیادہ کثرت سے پیدا ہوتے ہیں۔ بہر حال ایسے واقعات کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے جن میں اکیلا تضرر سحیدہ تھا اور اس سے بعد میں شلل پیدا ہو گیا تھا۔

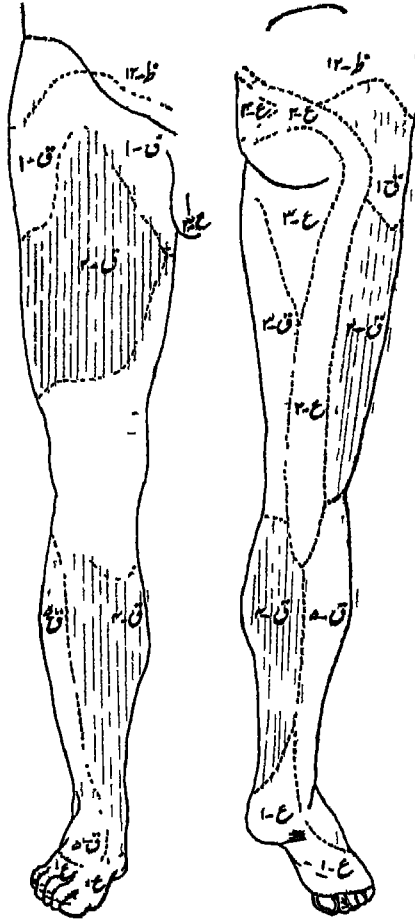
مقدم ساقی (anterior crural) (فخذی: femoral) عصب کا شلل عمود فقری کے زیرین حصہ کو ضرر پہنچنے سے جس سے فنب الفرس (cauda equina) ماؤف ہو گیا ہو، اور جوش کے کسور اور جوش کے سلعات سے، خراج خصریہ (psosas abscess) سے، عظم فخذی کے کسور اور خلوع سے، کنج ران کے خط کی ہولوں سے، اور خاص کر بند روق کے ان زخموں سے جو ان حصوں میں آئے ہوں، پیدا ہوتا ہے۔ اس عصبی ضرر میں مریض کو لے کی جوڑ کی خم کر دگی نہیں کر سکتا یا لیٹ کر اٹھ نہیں سکتا (عضلہ حرقضیہ خصریہ)۔ عضلات مقررہ بعض اوقات کو لے کے جوڑ کے قابضات کی طرح فعل کرنے لگتے ہیں۔



شکل ۱۵۷ - جارہ - سفلی کی جلدی عصبی رسد۔

- مقدم جانب - ۱ - حرقنی اربی - ۲ - تناسلی ساقی - ۳ - خارجی جلدی - ۴ - وسطی جلدی - ۵ - داخلی جلدی - ۶ - رغننی ضقیروہ - ۷ - خارجی مابضی کی شائیں - ۸ - داخلی صافنی - ۹ - عضلی جلدی - ۱۰ - خارجی صافنی - ۱۱ - مقدم قصبیتی -
- موضر جانب - ۱ - ۲ اور ۳ صغیر نائی - ۴ - خارجی جلدی - ۵ - داخلی جلدی - ۶ - داخلی صافنی - ۷ - خارجی مابضی کی شائیں - ۸ - قصیر صافنی - ۹ - مقدم قصبیتی - ۱۰ - داخلی صافنی - ۱۱ - داخلی انحصی - ۱۲ - خلدیچی انحصی -

669



شکل ۱۵۸. جراحی سفلی کے ان جلدی رقبہ جات کو نطا ہر کرتی ہے
جن کو جبل شوکی کے قطنی اور عجری قطعات سے رسد پہنچتی ہے۔
(ہیڈ: Head کے مطابق۔)

ہر رقبہ پر جبل کے اس قطعہ کا نام درج ہے جس سے اس کو رسد پہنچتی ہے۔ ان اعصاب کے لئے جو
ہر ایک رقبہ کو رسد پہنچاتے ہیں۔ دیکھو شکل ۱۵۸۔

گھٹنے پر ٹانگ کی بسط کردگی کی طاقت ضائع ہو جاتی ہے (عضلہ باسطہ ساقیہ ذوالربعۃ الرؤس: quadriceps extensor cruris)۔ عضلہ خیاطیہ (sartorius) کا فعل تباہ ہو جاتا ہے اور عضلہ مشطیہ (pectineus) کے فعل میں نقص واقع ہو جاتا ہے۔ جن حصوں کو داخلی اور وسطی جلدی اعصاب اور طویل صافنی عصب رسد پہنچاتا ہے ان کی حس میں کمی آ جاتی ہے۔

اکیلے عصب ساد (obturator nerve) کا شلل ایک نادر الوقوع حادثہ ہے، گو سابق الذکر تنے کے اسی قسم کے ضرر کے ساتھ یہ بعض اوقات پایا جاتا ہے۔ فتق ساد (obturator hernia) کی حالتوں میں اور دوران وضع حمل میں جنین کے سر سے اس عصب پر دباؤ پڑنے سے یہ پیدا ہو سکتا ہے۔ جو عضلات متاثر ہوتے ہیں وہ عضلات متقریہ (adductors)، عضلہ رشیقیہ (gracilis)، اور عضلہ سادہ خارجہ (external obturator) ہیں۔ مریض گھٹنوں کو ماکر دبا نہیں سکتا اور ٹانگوں کو ایک دوسری پر سے گزرنے نہیں سکتا۔ باہر کی طرف کی گردش مشکل ہو جاتی ہے مگر جلد کے جس رقبہ کو یہ عصب رسد پہنچاتا ہے اس کی حس بہت کم متاثر ہوتی ہے۔

عظیم نسائی عصب (great sciatic nerve) اپنے ابتدائی مقام پر دو واضح حصوں سے مرکب ہوتا ہے جن میں سے ہر ایک اپنے اپنے غلاف میں بند ہوتا ہے یعنی ایک حصہ ٹہری یا باسطی ہوتا ہے جو عصب کے بیرونی یا زیادہ گہرے حصہ میں واقع ہوتا ہے، اور خارجی نابضی (external popliteal) (مشترک شطی common peroneal) عصب بن جاتا ہے، اور ایک بطنی یا قابض حصہ ہوتا ہے جو داخلی نابضی (internal popliteal) یا قصبیتی (tibial) عصب بن جاتا ہے۔ ان کے غلافوں کے ہم پلو حصوں سے عظیم نسائی عصب (great sciatic nerve) کا فاصل بنتا ہے۔ مگر گاہے گاہے شطی (peroneal) اور قصبیتی غلافات شروع ہی سے علیحدہ علیحدہ ہوتے ہیں۔ نسائی (sciatic) تنے کے وسطی ایک تہائی حصہ میں ریشے از سر نو مرتب ہوتے ہیں، یعنی ان کی جماعت بندی دوسری دفعہ ہوتی ہے، اور اس طرح ایک ضمیمہ بن جاتا ہے۔ یہ جماعت بندی حرکی ریشہ جات میں خاص طور پر پائی جاتی ہے۔ عظیم عصبی تنوں میں

مختلف عصبی بندلوں کا محل معین اور متقل ہوتا ہے۔

داخلی مابضی عصب کا شلل (paralysis of the internal popliteal nerve)۔ شلنے کی بسط کردگی اور انگلیوں کی خم کردگی نہیں کی جاسکتی (قابلضہ طولیہ اصبغیہ، قابلضہ ابہامیہ حقیقی، عضلہ قصبیہ موخر، گیسٹرونمیئس gastrocnemius، اور سولیئس soleus)۔ مریض موخر الذکر دونوں عضلات کے فعل کے معطل ہو جانے کی وجہ سے انگلیوں پر کھڑا نہیں ہو سکتا۔ پاؤں کو دروں گردہ کرنے کی طاقت میں نقص واقع ہو جاتا ہے (عضلہ قصبیہ موخر)، اور انگلیوں کی جانبی حرکت تلوے کے تمام چھوٹے عضلات کے مشلول ہو جانے کی وجہ سے ٹائل ہو جاتی ہے۔ انگلیوں کی انجمی جانب اور تلوے پر اور ٹانگ کی پچھلی طرف کے زیرین نصف کے کچھ حصہ کی حس ناقص ہو جاتی ہے۔

خارجی مابضی (external popliteal) مشترک شلنی (common peroneal) عصب کے شلل میں ٹانگ کی سامنے کی جانب کے عضلات کا فعل ٹائل ہو جاتا ہے، پاؤں لٹک پڑتا ہے، اور چلتے وقت انگلیاں زمین پر گھسکتی ہیں۔ پاؤں کی نہ تو نہری خم کردگی کی جاسکتی ہے اور نہ بروں گردانی (عضلہ باسطہ مشترکہ اصبغیہ، باسطہ ابہامیہ حقیقی، شلنی عضلات)۔ تقریب عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) کی وجہ سے نامکمل رہ جاتی ہے۔ انگلیوں کی بسط کردگی صرف ذرا سی ہی ممکن ہوتی ہے جتنی کہ بین العظامی عضلات سے ہو سکتی ہے۔ پاؤں کی محراب چھٹی ہو جاتی ہے کیونکہ عضلہ شلنیہ طولیہ (peroneus longus) سے اسے جو سہارا ملتا ہے وہ غائب ہو جاتا ہے۔ رابطہ شلنی عصب (communicans peronei) کے شلل کی وجہ سے ٹانگ کی سامنے کی اور باہر کی طرف کی اور پاؤں کی پشت پر کی اور ٹانگ کی پچھلی جانب کے کچھ حصہ پر کی حس ناقص رہ جاتی ہے۔

کسی خاص عضلہ کو جانے والے ریشوں کی گروہ بندی سوائے اس مقام کے قرب و جوار کے جہاں یہ عصبی تے سے باہر نکلتے ہیں کسی ایک حزمیہ (fasciculus) میں نہیں پائی جاتی۔ لہذا داخلی مابضی (internal popliteal) کی طرح کا کوئی عصبی تنا بغیر کسی

نظاہری اثر کے نمودار ہونے کے جزوی طور پر کاٹا جاسکتا ہے۔ طفلی شلل (infantile paralysis) کے واقعات میں اس صورت حالت سے استفادہ کیا جاتا ہے۔ خارجی مابضی (external popliteal) عصب کے مائوف ہو جانے کی حالت میں باسط عضلات کا فعل اس عصب کو ایک دھجی سے جو داخلی مابضی (internal popliteal) عصب سے جزوی طور پر علیحدہ کی گئی ہو ٹانگہ دینے سے از سر نو قائم کیا جاسکتا ہے۔ جب عظیم نائی عصب (gerat sciatic nerve) خود مشلول ہو جاتا ہے تو سابق الذکر دونوں اعصاب کے تعطل فعل کے علاوہ عضلات کا ذہ کے شلل کی وجہ سے گھٹنے کے خم کردگی کی عدم استطاعت بھی پائی جاتی ہے۔ اور عضلہ فخذیہ مربعہ (quadratus femoris) اور عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کے ضعف قوت کی وجہ سے جارحہ کی گردش بھی بعض اوقات ناقص رہ جاتی ہے۔ ثمرین نے یہ دریافت کیا ہے کہ ایسی حالتوں میں بھی عضلہ رشیقیہ (gracilis) کے فعل سے گھٹنے کی خم کردگی کیجا سکتی ہے نیز جس تلوے کے صرف کچھ حصہ پر ہی سے مکمل طور پر زائل ہوتی ہے۔ اجمل کے جن قطعات میں سے جارحہ فعل کے اعصاب نکلتے ہیں ان کے صم سے جراح کو بعض ضررات کے مقام کی تعیین کرنے میں اکثر مدد ملتی ہے۔ عصبی جرحہ کے کٹ جانے سے جیسا کہ عمود فقری کے کسٹ میں یا جمل نخاعی کے اندر اس کے مرکز کے تباہ ہو جانے سے ہوتا ہے عضلات کے ایک معین گروہ میں شلل نمودار ہو جاتا ہے اور جلد کے ایک خاص رقبہ میں عدم حیثیت نمایاں ہو جاتی ہے۔ جلد کے جن رقبہ جات کو قطنی اور عجزی قطعات رسد پہنچاتے ہیں وہ شکل ۵۸ میں ظاہر کئے گئے ہیں۔ اور کوچر (Kocher) کے مطابق یہ قطعات عضلات کے مندرجہ ذیل گروہوں کو رسد پہنچاتے ہیں۔ تیسرا قطنی، خصریہ (psaos)، حرقیہ (iliacus)، مشطیہ (pectineus)، خیاطیہ (sartorius)، اور عضلات مقربہ (adductors) کو۔ چوتھا قطنی، عضلہ باسط ساقیہ ذوالربعۃ الرؤس (quadriceps extensor cruris) کو۔ پانچواں قطنی، الویہ سلیہ (gluteus medius)، اور صغیرہ (minius) کو، اور ناشرہ روانیہ فخذیہ (tensor fasciae femoris) اور عضلات کا ذہ (hamstrings) کو۔ پہلا عجزی،

الویہ کبیرہ (gluteus maximus)، کوٹے کے قصیر دورات (short rotators) عضلات شظیہ (peronei)، انگلیوں کے باسط عضلات، اور ٹخنہ کے قابض عضلات کو۔ دوسرا عجزی، گیسٹروکینمیس (gastrocnemius)، عضلہ سملیکہ (soleus)، انگلیوں کے عضلات قابضہ طویلہ، ٹخنے کے بوڑکے باسط عضلات، اور تلوے کے عضلات کو۔

جوارح کے اعصاب جن اصولوں کے تحت منقسم ہوتے ہیں ان کے لئے طالعلم کو صفحہ 359 کا مطالعہ کرنا چاہئے۔ جہاں تک اعصاب کے قطعاتی مبادی کا تعلق ہے جوارح سفلی میں جوارح اعلیٰ کی طرح معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے۔ ان اختلافات کا میلان یا تو پیش بستہ (prefixed) قسم کی طرف ہوتا ہے اور یا پس بستہ (postfixed) قسم کی طرف (دیکھو صفحہ 360) -

حصہ ششم عمود فقری اور بیل شوی

(THE SPINE AND SPINAL CORD)

باب بست و ہفتم عمود فقری

عمود فقری کئی ایک ایسے وظائف جو بہت ہی مختلف اور پیچیدہ ہیں جیسے انگریز
طور پر سرانجام دیتا ہے۔ یہ جسم کے لئے مرکزی ستون کا اور سر کے وزن کو سہارنے کے لئے
استوانہ کا کام دیتا ہے، اور دھڑکے اور نیچے کے حصوں کو ملاتا ہے پسلیاں اسی سے
چسپیدہ ہوتی ہیں۔ اس میں ان صدموں میں جو جسم کے مختلف حصوں سے منتقل ہوتے
ہیں تخفیف کرنے کا خاصہ موجود ہے۔ اسی کی بدولت معتد بہ حرکتیں جو نہایت ہی پیچیدہ
ہیں ایک جہت انگیز حد تک سرانجام پاتی ہیں۔ بیل شوی کی گنجائش کے لئے یہ ایک خوش
نلی کا کام دیتا ہے۔ آخر الامر یہ توازن کے انتہائی کمال پر دلالت کرتا ہے، کیونکہ

سیدھے کھڑے ہونے کی حالت میں فعال عضلات کے ایک نظام سے جو بین فقری قطعاً ایک دوسرے پر متوازن ہوتے ہیں، تمام ستون عجز (sacrum) پر کھڑا ہوتا ہے جو اس کے لئے ایک قاعدہ کا کام دیتا ہے، اور کھوپری اس پر تاج کی طرح رکھی ہے۔

اس کی بہت سی لمبک کا اور مختلف الاقسام قوتوں کو منتشر کر دینے کی طاقت کا انحصار اس کے خموں پر ہے۔ چار خموں میں سے دو یعنی ٹھہری اور عجزی ابتدائی ہوتے ہیں، اور صدری اور حوضی کہنوں کے بننے سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان کا انحناء فقرات کی شکل کی وجہ سے جن پر مشتمل ہوتے ہیں متقل ہوتا ہے۔ دوسرے دونوں عنقی اور قطنی تنویضی خم ہوتے ہیں۔ اور ان کا زیادہ تر انحصار عضلات کے فعل اور میان فقری قرص کی شکل پر ہوتا ہے۔ ٹھہری اور عجزی خم جنینی زندگی میں پیدا ہوتے ہیں۔ اور قطنی اور عنقی پیدائش کے بعد نمودار ہوتے ہیں جبکہ سیدھا کھڑا ہونا سیکھ جاتا ہے۔ شیرخوار بچہ کا عمود فقری سیدھا معلوم ہوتا ہے۔ کم عمر بچہ کی کمر میں صرف ایک ہی نمایاں خم ہوتا ہے، یہ عمومی عمود کا خلفی انحناء ہوتا ہے جو کسٹم (kyphosis) کی حالت ہے۔ جب شیرخوار بچہ پید ہوا سیدھا بیٹھنا سیکھتا ہے تو عمود فقری بھی یہی خاکہ اختیار کرتا ہے۔ اور بعض کمزور بچوں میں اور خاص کر ان بچوں میں جو کسحت (rickets) سے مرض زدہ ہوں یہ انحناء اکثر بہت ہی نمایاں ہوتا ہے۔

بین فقری اقراص (intervertebral discs) تعداد میں تیس ہوتے ہیں اور عمود فقری کے طول کا تقریباً ایک چوتھائی حصہ انہی پر مشتمل ہوتا ہے۔ اگر اقراص کو علیحدہ کر لیا جائے اور فقرات کو خشک حالت میں جوڑا جائے تو عنقی اور قطنی انحناء تقریباً غائب ہو جاتے ہیں۔ اور ستون میں صرف ایک ہی خم دکھائی دیتا ہے جس کا انقمار آگے کی طرف کو ہوتا ہے، اور جس کا نمایاں ترین حصہ خطہ ٹھہری کے وسط سے عین نیچے کے حصہ کا متناظر ہوتا ہے۔ یہ خم اس خم سے کس قدر مشابہ ہوتا ہے جو بوڑھوں کے عمود فقری میں دیکھا جاتا ہے، اور ان میں یہ زیادہ تر بین فقری اقراص کے سکڑ جانے سے پیدا ہوتا ہے۔

عمود فقری کی حرکتیں ایک بڑی حد تک انہی اقراص کی وجہ سے واقع ہوتی ہیں۔

اور یہ بھی معلوم ہو جانا چاہئے کہ یہ انہی خطوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتے ہیں جن میں سب سے زیادہ حرکت واقع ہوتی ہے۔ مزید برآں عمود فقری کو لچک دینے اور عضلاتی فعل میں کفایت کرنے کے لئے یہ کمائیوں کا فعل سرانجام دیتے ہیں، اور ساتھ ہی ان صدموں کے اثرات میں تخفیف کرنے کے لئے جو عمود فقری میں منتقل ہوتے ہیں مائلوں کا کام بھی دیتے ہیں۔

اکیلے اکیلے دو فقرات کے درمیان جو حرکت واقع ہوتی ہے وہ گویا وسیع نہیں ہوتی مگر عمود فقری میں بحالت مجموعی جس درجہ تک حرکت واقع ہو سکتی ہے وہ معتد بہ ہے اگرچہ جانبی حرکتیں اور خم کردگی اور بسط کردگی کی حرکتیں ظہری خطہ میں محدود ہوتی ہیں مگر گردش کی حرکتیں آزادانہ واقع ہوتی ہیں۔ اس لئے التوا (scoliosis) اس خطہ میں بہت نمایاں ہوتا ہے۔ آگے پیچھے کی حرکتیں (خم کردگی اور بسط کردگی) اور ایک طرف سے دوسری طرف کی حرکتیں (جانبی خم کردگی) غنقی اور ظہری قطنی اور قطنی خطوں میں سب سے زیادہ آزادانہ واقع ہوتی ہیں۔ جراحی نقطہ نگاہ سے عمود فقری کا کمزور ترین مقام نویں ظہری اور تیسرے قطنی فقرات کا درمیانی حصہ ہے۔ یہاں پر ایک طرف سے دوسری طرف کی اور پیچھے سے آگے کی حرکتیں نہایت آزادانہ واقع ہوتی ہیں۔ اس خطہ سے اوپر عمود فقری کو صدر سے ہمارا ملتا ہے اور نیچے بین فقری اقراص زیادہ بڑے اور زیادہ مضبوط ہوتے ہیں اور ہمارا دینے والے رباط اور عضلات بہتر نمایاں ہوتے ہیں۔

اس امر پر جہاں تک بھی زور دیا جائے کم ہے کہ کمر اور دھڑ کے عضلات ہی عمود فقری کو سیدھا قائم رکھنے کے لئے واحد عوامل ہیں۔ جو ان کا عمل زائل ہوتا ہے عمود فقری کی استواری غائب ہو جاتی ہے اور اس میں ہبوط واقع ہو جاتا ہے عضلات کے چاروں گروہ جو عمود فقری پر گل کرتے ہیں اس امر سے تعلق رکھتے ہیں اور وہ یہ ہیں:-

باسطات (ناصبہ شوکیہ : erector spinæ) - قابضات (عنقیہ طولیہ، عضلات مختلف الاضلاع، قطنیہ مربع) - جانبی قابضات (ناصبہ شوکیہ، قطنیہ مربع، عضلات موربہ داخلہ و خارجہ) - مدورات (عضلات موربہ داخلہ و خارجہ، عضلہ شوکیہ متعدد، انحصار multifidus spinæ) - عضلہ شوکیہ نصفیہ (semispinalis) - اور عضلات مدورہ شوکیہ (rotators spinæ) - ان عضلات سے فقرات ایک دوسرے پر اپنے اپنے

بین فقراتی اقراص پر متوازن رہتے ہیں۔ رباطات ڈھیلا ہوتے ہیں اور مفصلی زائندوں کی سطحیں ایک دوسری سے صرف تھوڑی ہی سی چھوتی ہیں۔ جب دیر تک سیدھے کھڑے ہونے سے عضلات میں خستگی نمودار ہونے کو ہوتی ہے تو کسب قدر گردش اور جانبی خم کر کے عمل میں لانے سے کسی حد تک آرام مل سکتا ہے۔ اس سے مفصلی زائند سے ایک دوسرے سے مضبوطی سے مل جاتے ہیں اور رباطات کسب قدر تنیدہ ہو جاتے ہیں اور کسی قدر انفعالی سہارا مل جاتا ہے۔ مثال کے طور پر در سہ کے بچے کچھ عرصہ تک سیدھا بیٹھ کر ایک بازو ڈیسک پر رکھ لیتے ہیں اور جسم کو بیاں تک گھما دیتے ہیں کہ فقرات کسی حد تک استواری سے مثبت ہو جاتے ہیں۔ اس وضع میں عضلات کو آرام مل جاتا ہے لیکن اگر اس وضع کو کثرت سے اختیار کیا جائے تو عضلات کا فعل کمزور ہو جاتا ہے، اور عمود فقری میں ایک جزوی التوا (partial scoliosis) مستقل طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔

675

التوا (scoliosis) - فقرات کے شوک جات قلیل التعداد اشخاص ہی میں نیچے تک عین سیدھے خط میں واقع ہوتے ہیں۔ ایک خفیف سا جانبی انحناء عام طور پر پایا جاتا ہے۔ اگر حوض ایک جانب کو مرک جائے جیسا کہ جوارح کے طول کے غیر مساوی ہونے کی حالت میں ہوتا ہے تو ایک تعویضی جانبی خم پیدا ہو جاتا ہے۔ التوا (scoliosis) میں جانبی انحناء کے ساتھ فقرات کی گردش بھی پائی جاتی ہے، ان کے شوکی زائندے انحناء کے قعر کی طرف پھر جاتے ہیں، اور ان کے جسم اس کے انحداب کی طرف۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ اکیلے شوکی زائند کی وضع کو خیال میں رکھنے سے اجسام فقرات کا جو انحراف منحنی جانب کی طرف کو ظاہر ہوتا ہے وہ ہمیشہ اس سے زیادہ ہوتا ہے۔ عام ترین خم وہ ہے جس کا انحداب دائیں جانب کو ہوتا ہے، اور چھوٹا تعویضی خم قطعی خط میں یا شاید گردن میں مخالف سمت میں ہوتا ہے۔ پسلیوں میں ثانوی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں جن سے دائیں جانب پر ان کے زائندوں کے قریب ایک ابھار پیدا ہو جاتا ہے، اور اس لئے کٹنی زائید بیجا طور پر نمایاں ہو جاتا ہے۔ سامنے کی طرف چھاتی کا بایاں حصہ نیچے کی پسلیوں میں زائید پیدا ہو جاتا ہے اور ان کے ابھر آنے کی وجہ سے آگے کی طرف

نکل آتا ہے۔ یہ زائے ریمان کا مرض ہے، اور خاصکر لڑکیوں میں پایا جاتا ہے، اور اس کے ساتھ شوکی عضلات کی کمزوری بھی پائی جاتی ہے۔

ہر ایک فقرہ کے تین بریم ہوتے ہیں ایک موخو (شوکی زائندہ)، دو جانبی (مستعرض زائندے جو پسلیوں سے چسپیدہ ہوتے ہیں)۔ ناصبہ شوکیہ (erector spinæ) جانبی بریموں پر عمل کرتا ہے۔ عضلہ شوکیہ متعدد (multifidus spinæ) اور وہ عضلات جو جارجہ اعلیٰ کے لئے ہوتے ہیں موخو بریم پر عمل کرتے ہیں۔ مناسب ورزشوں سے ان عضلات کی تربیت کرنے سے فقرات کو ان کی طبعی وضع پر از سر نو قائم کیا جاسکتا اور برقرار رکھا جاسکتا ہے۔ پسلیاں مضبوط ترین شوکی بریم ہیں۔ جو ورزشیں عمود فقری کے تشوہات کی اصلاح کے لئے مقرر کی جاتی ہیں ان میں اس امر کا خیال رکھنا چاہئے۔ تاکہ منحنی عضلات ضلعی بریموں کے ذریعہ سے عمود فقری پر بالواسطہ فضل کرتے ہیں۔ اس لئے منحنی ورزشیں وضعی نقص کے علاج کے لئے موزوں ہیں۔

ڈاکٹر ہالس ڈیلی (Dr. Halls Dally) نے ثابت کیا ہے کہ تنفس کے جملہ اقسام میں اور خاصکر زور زور سے سانس لینے میں شوکی حرکات ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔

676

عمود فقری کی موچیں (sprains of the vertebral column)۔ اس حصہ میں بہت سے جوڑوں اور رباطات کی موجودگی اور ان شدید حرکتوں کی وجہ سے جو اس میں پیدا ہو سکتی ہیں موچیں واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ مگر یہ ضررات زیادہ وسیع نہیں ہو سکتے کیونکہ فقرات فرداً فرداً اتنے قریبی طور پر جوڑے ہوتے ہیں کہ جو طاقت رباطات کی خفیف سی دریدگی پیدا کرنے کے علاوہ کوئی دوسرا ضرر پیدا کرنے کے لئے کافی ہو اس سے ان ہڈیوں کے کسر یا خلع کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ موچیں عمود فقری کے عنقی اور قطنی قطعات میں نہایت کثرت سے پائی جاتی ہیں۔ اس تخصیص مقام کا انحصار ان قطعات کی حرکت پذیری اور ان کے اس رجحان پر ہے جو ان میں اس چوٹ کو جو ان تک منتقل ہوتی ہے منشر کرنے اور اس لئے اسے زیادہ عمومی بنانے کی طرف ہوتا ہے۔ اس لئے یہ یاد رکھنا چاہئے کہ چوٹ جتنی مختص المقام ہوگی اس کے موج کی نسبت کسر یا خلع پیدا کرنے کا اتنا ہی زیادہ

امکان ہوگا۔

مزید برآں عنقی خط میں موج پیدا ہونے کا رجحان سر کے عمود فقری سے قریب ہا جڑے ہونے اور اس کی چوٹ کے شوک میں منتقل ہو جانے کے امکان سے بڑھ جاتا ہے۔ جب سے رنجن (Röntgen) کی شعاعوں کا استعمال ایسی چوٹوں کی تشخیص کے لئے رائج ہوا ہے اس سے یہ ظاہر ہو گیا ہے کہ بہت سے ایسے ضرات جن کو پہلے موجیں تصور کیا جاتا تھا، درحقیقت فقرہ کے جسم یا عصبی محراب (neural arch) کے کسور ہوتے ہیں۔

عمود فقری کی موجوں میں یہ ضروری نہیں کہ انکے ساتھ کدم (ecchymosis) کی خارجی علامات موجود ہوں، کیونکہ جلد اور عمود فقری کے درمیان نہ صرف عضلات کی بہت سی تہیں ہی حامل ہوتی ہیں بلکہ ردائے کثیف پھیلاؤ بھی موجود ہوتے ہیں۔ کمر کی موج میں اکثر بہت سادہ اور کڑا پن پایا جاتا ہے جو ضرر کے فوری اثرات کے گذر جانے کے بہت عرصہ بعد تک موجود رہتا ہے۔ اس قسم کی حالت کی اس امر پر غور کرنے سے توجہ ہو سکتی ہے کہ عمود فقری میں علیحدہ علیحدہ مفاصل کی بہت سی تعداد پائی جاتی ہے جن میں سے ہر ایک میں غضروف اور زلابی غشا اور کیسی ربا لیات موجود ہوتے ہیں۔

677

بعض واقعات میں یا پانچویں قطنی فقرہ کے مستعرض زائیدے جسم ہوتے ہیں اور جب جسم کو جانبین پر حرکت دی جاتی ہے تو وہ عجز کے قاعدہ سے مل جاتے ہیں (تبعجز sacralization)۔ ایسی حرکتوں کے ساتھ بعض اوقات درد پایا جاتا ہے اور یہ حرکتیں عمود فقری کے قطنی خط کی کمزوری کی بعض صورتوں کا باعث بھی ہوتی ہیں (گولڈتھوائٹ: Goldthwaite)۔

عمود فقری کے کسور اور خلوع - عمود فقری کو جو چوٹ پہنچتی ہے اس کے اثرات میں اس کی عمومی لچک، اور اس کے غموں، اور اس کے متعدد علیحدہ علیحدہ قطعات سے مرکب ہونے کی وجہ سے تخفیف ہو جاتی ہے۔ ہر ایک فقرہ ساتھ کئے اوپر کے یا نیچے کے فقرہ سے تین نقاط تماس پر ملتا ہے، یعنی جسم اور زلابی زوائد

جسم بن فقری قمر سے ایک دوسرے سے علحدہ ہوتے ہیں جو چوڑے کے اثرات کی ترمیم کرنے کے لئے ایک عمدہ کمافی یا حائلہ کا کام دیتا ہے مفصلی زوائد کم و بیش فائدہ مند ہوتے ہیں اور ایک کی ہتھیلی کو دوسرے کے قاعدہ سے ملی ہوتی ہے۔ جب بھی کسی ایسی قوت کا اثر جس کا رجحان فقرات کو ایک دوسرے پر مضبوط کرنے کی طرف ہو عمود فقری پر پڑتا ہے تو دو خانوں کے قاعدے ایک دوسرے سے زیادہ قریب ہو جاتے ہیں، اور اس طرح ضاغط قوت کو زیادہ مزاحمت کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔

عمود فقری کے وہ حصے جن کو ضرر پہنچنے کا سب سے زیادہ احتمال ہے مندرجہ ذیل ہیں :- (۱) اطلسی محوری (atlanto-axial) (۲) عقیقی ظہری (cervico-dorsal) اور (۳) ظہری قطنی (dorso-lumbar)۔ اطلسی محوری خطہ کے حصوں میں نہ صرف معتد بہ حد تک حرکت ہی واقع ہوتی ہے بلکہ سر کی چوڑوں کی بہت سی قسمیں ان پر بہت بلا واسطہ اثر انداز بھی ہوتی ہیں۔ دوسرے دو خطوں سے یہ معلوم ہو جائے گا کہ شوک کا ایک لچکدار حصہ مقابلہ استوار قطعہ سے ملتا ہے۔ اور اس لئے جو قوت عمود فقری کے ان حصوں میں سے کسی ایک پر اثر کرتی ہے اسکے منتشر ہونے کی نسبت مرکز ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ قص (sternum) اور سپلیاں عمود فقری کے ظہری حصہ کے لئے جبرہ کا کام دیتی ہیں۔ میکانیہ مذکور کی توضیح ایک طرح سے اس امر سے کی جاسکتی ہے کہ جب پھسل کر پڑنے کی شبی ترختی ہے تو یہ عام طور پر کسی جوڑے کے قریب سے ٹوٹتی ہے، یعنی ایسے مقام پر جہاں شبی کا لچکدار حصہ کم لچکدار حصہ سے ملتا ہے۔ مزید برآں ظہری قطنی خطہ میں اگرچہ فقرات کو اتنا ہی وزن برداشت کرنا پڑتا ہے جتنا کہ صلی قطنی خطہ کے فقرات کو مگر ان کی جسامت غیر متناسب طور پر چھوٹی ہوتی ہے۔ مزید برآں عمود فقری کے وسط کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے یہ بیرمیت کی کسی زبردست مقدار سے تمام اطراف پر متاثر ہو سکتے ہیں۔

عمود فقری کی تمام چوڑوں کے خطرناک ہونے کا انحصار جبل کو ضرر پہنچنے کے خطرہ پر ہے جو عمود فقری کے اندر بند ہوتی ہے۔ اس پیچیدگی کی عدم موجودگی میں اس خطہ کے کسورا و زخموں بخوبی درست ہو جاتے ہیں۔ اور اگر مریض زندہ رہے تو

قبل الذکر فقرات تقریباً ہمیشہ آسانی سے بھیک ہو جاتے ہیں۔

فقراتی قنل کے اندر جل کا محل اور اس کے اغشیہ کی ترتیب وہ امور ہیں جو چوٹ کے تضرر سے بچنے کے لئے بہت سی سہولتیں ہمیا کرتے ہیں۔ جب بعد میں جل کا ذکر کیا جائے گا تو ان پر بحث کی جائے گی۔ تاہم یہاں اس امر کا ذکر کیا جاسکتا ہے کہ فقرات کی بناوٹ اور ان کا باہمی تعلق ایسے خواص ہیں جو ان حالتوں میں بھی جب کہ یہ خود بہت بڑی حد تک ضرر رسیدہ ہوں جل کی بہت سی محافظت کرتے ہیں۔ ”عمود فقری کے مرکز میں واقع ہونے کی وجہ سے یہ (جل شوکی) ان قوتوں کے لحاظ سے جن سے کسر پیدا ہو سکتا ہے اثرنا پذیر محل پر واقع ہوتی ہے، کیونکہ یہ یکا نیت کا ایک قانون ہے کہ جب کوئی شہتیر (مثلاً عمارتی لکڑی کا) معرض شکست میں لایا جاتا ہے اور اس پر جو قوت اثر کرتی ہو وہ اس کی طاقت کے حدود سے زیادہ نہیں ہو تو اس کا ایک حصہ ضغط کی مزاحمت کرتا ہے اور دوسرے فقرات کی دریدگی کی اور تیسری یعنی دو کے درمیان کا ایک منفی حالت میں رہتا ہے“ (جیکبسن : Jacobson، ہولمس : Holmes کا ”نظام“)۔ اصل بات یہ ہے کہ عمود فقری کے کسور اکثر ایسی چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں جو عمود فقری کو آگے کی طرف کو جھکا دیتی ہے۔ ایسی حالت میں مقدم قطعہ پر ضغط اثر انداز ہوتا ہے، اور موخر پر دریدگی کا اثر پڑتا ہے، اور وسطی اثرنا پذیر حالت میں رہتا ہے۔ جب عمود فقری کا بغور معائنہ کیا جاتا ہے تو یہ معلوم ہوتا ہے کہ مقدم حصہ جو عظیم الحسامت شکیلی اجسام سے مرکب ہوتا ہے ضغط کے اثرات کو مزاحمت پیش کرنے کے لئے بخوبی متوافق ہوتا ہے، اور اس کے موخر حصے جو زیادہ چھوٹی اور زیادہ پیوستہ اجزاء ہڈیوں سے مرکب ہوتے ہیں اور بہت سے مضبوط رباطات سے گھیرے ہوتے ہیں دریدگی پیدا کرنے والی طاقت کی مزاحمت کرنے کے لئے بخوبی مرتب ہوتے ہیں۔ جل شوکی کے لئے جو ان دونوں حصوں کے درمیان واقع ہوتی ہے نہایت ہی کم خطرہ ہوتا ہے۔ فقرات میں کسر بغیر خلع کے واقع ہو سکتا ہے، لیکن خلع بغیر کسر کے شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔

درحقیقت ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عمود فقری کا خلع ہڈی کے کسر کے بغیر ظہری

یا قطنی خطوں میں واقع نہیں ہو سکتا۔ جیکبسن (Jacobson) اس مضمون میں جس کا حوالہ ہم نے اوپر دیا ہے لکھتا ہے کہ ”میں یہ صحیح سمجھتا ہوں کہ ان سالوں میں قطنی یا ظہری فقرات کے خلع کا کوئی ایسا مندرجہ اور مکمل طور پر مصدقہ واقعہ نہیں ملا جو فقری جسم کے یا مستعرض یا مفصلی زائندوں کے کسر کے بغیر ہو۔ مگر میں (سی۔ سی۔ چوائس) نے غالباً ایک نیم المثال واقعہ پر عمل کیا ہے جس میں دسویں اور گیارہویں ظہری فقرات کے درمیان خلع بغیر کسر کے واقع ہو گیا تھا۔ کچھ بلندی سے ایک بھاری تھیلا جھکے ہوئے آدمی کے کندھوں پر گر گیا تھا اور جل پر دباؤ پڑنے کے علامات موجود تھے۔ عملہ کرنے پر گیارہویں فقرہ کے بالائی مفصلی رچھے دسویں فقرہ کے ورقہ کے آگے واقع ہونے کے بجائے اس کی پشت پر پائے گئے۔ رباطات میں بہت سی دریدگی پائی گئی مگر کوئی کسر معلوم نہیں ہوا۔

بہر حال عمود فقری کے عنقی حصہ میں خلع بغیر کسر کے پایا جاتا ہے۔ جب کبھی ایسا ہوتا ہے تو پانچواں فقرہ ہی نہایت کثرت سے ماؤف ہوتا ہے جو اپنے اوپر کے بقیہ عمود فقری کے ساتھ آگے کی اور نیچے کی طرف ٹل جاتا ہے۔ خلع بالعموم دو جانبی اور غیر مکمل ہوتا ہے۔ اور سر کی اور عمود فقری کے بالائی حصہ کی آگے کی اور نیچے کی طرف کی جبری خمیدگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جب یہ زیادہ اونچا واقع ہوتا ہے تو غیر وضعیت بلعوم میں سے استحان کرنے سے بخوبی محسوس کی جاسکتی ہے۔ بشکلی بعض اوقات خفیف سی ہوتی ہے اور شمو کی ضرر نظر انداز کیا جاسکتا ہے۔ ضلع کے لیول سے نیچے کا شلل بعض اوقات غیر مکمل ہوتا ہے جس سے عضدی ضغیرہ کو نقصان پہنچنے کی تشخیص کی جاسکتی ہے درآخرا لیکہ ضرر حقیقتہً جل اور عمود میں پایا جاتا ہے (شیرن: Sherren) مکمل دو جانبی خلع میں جل بالعموم بہت بری طرح سے کھلی جاتی ہے۔ ان خلوع کی ترجیع جبری بسط کردگی سے کی جاسکتی ہے اگرچہ ایسی حالتیں جن میں یہ طریق کار قرین مصلحت ہوتا ہے نہ تو کثیر الوقوع ہیں اور نہ بہت نمایاں طور پر واضح ہی ہوتی ہیں۔

چونکہ شدید ضربات میں خلع اور کسر عام طور پر لکھٹے واقع ہوتے ہیں اس لئے ان ثمرات کا ذکر کسری خلع (fracture-dislocation) کے عنوان کے تحت کیا جاتا ہے۔ یہ بعض اوقات بالواسطہ چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں اور بعض اوقات بلا واسطہ سے۔

(۱) بالواسطہ ضرب سے پیدا شدہ چوئیں بے حد کثیر الوقوع ہیں۔ یہ کسرا یا عمود فقری کے محل ضرر سے اوپر آگے یا نیچے کی طرف بہت زور سے تھمیدہ ہونے سے پیدا ہوتی ہیں۔ چنانچہ عمود غنقی اٹھلے پانی میں سر کے بل چھلانگ مارنے سے ایک سے زیادہ مرتبہ شکستہ ہو چکا ہے۔ یہ حادثہ جنگ عظیم کے پہلے موسم گرما میں خاص طور پر کثیر الوقوع تھے جبکہ زیر تربیت برطانوی سپاہی ایسے اٹھلے چٹھوں میں نہاتے تھے جن کے متعلق انھیں واقفیت نہیں ہوتی تھی۔ تمام واقعات میں خلع غنقی خطہ کے زبرین حصہ میں واقع ہوا جہاں عمود فقری کا لچکدار غنقی حصہ اس کے زیادہ استوار نہری قطعہ سے ملتا ہے۔ کئی ایک واقعات میں موت یہ پیش مرخص کی بے احتیاطی سے اٹھانے سے واقع ہوئی کیونکہ اس حالت میں جبل کا غنقی حصہ ایسی حرکتوں کے دوران میں جو بے احتیاطی سے کی گئیں غیر محفوظ اور ضرر کے لئے معر تھا۔

گردن کی پشت پر بھاری تھملا گرنے سے عمود فقری کے حد سے زیادہ جھک جانے سے نہری فقرات کسور ہو چکے ہیں، اور اپنی جگہ سے ٹل چکے ہیں چوٹ کی یہ قسم غنقی اور بالائی نہری خطوں میں نہایت کثرت سے پائی گئی ہے۔ عمود فقری کے ان حصوں میں بہت سی حرکت پذیری پائی جاتی ہے۔ جن اجسام سے یہ حصے مرکب ہوتے ہیں ہڑے نہیں ہوتے اور سر ہر چوٹ لگنے سے متاثر ہو جاتے ہیں۔ بخوبی نمایاں واقعہ میں ماؤف فقرات کی سی قدر کچلے جاتے ہیں، اور جو بدشکلی عام طور پر واقع ہوتی ہے اس کا انحصار اوپر کے مرکز سینٹر (centrum) کے نیچے کے مرکز سینٹر پر نیچے کی اور آگے کی طرف پھسلنے پر ہوتا ہے۔ کوئی سے دو فقرات کی مکمل غیر وضعیت منور زوائد کے ایک دوسرے پر جم جانے کی وجہ سے باز رہتی ہے۔ بعض واقعات میں خلع مکمل ہوتا ہے، اور یہ حالت عمود فقری کے قطنی حصہ میں نہایت ہی قلیل الوقوع ہے۔

غنقی اور نہری خطوں میں خلع کے بعد حصے اکثر اپنی طبعی وضع پر از سر نو قائم کئے جاسکتے ہیں۔ مگر مثلب میں ان کو اصلی وضع پر از سر نو لانا بالعموم ناممکن ہوتا ہے، کیونکہ بڑے بڑے مضبوط مفصلی زائدے ایک دوسرے سے چوست ہو جاتے ہیں۔

گردن میں ورق جات اور شوکہ جات بعض اوقات کسور ہو جاتے ہیں مگر

مفصلی زائندے جو عریض اور تقریباً افقی ہوتے ہیں اس حالت میں بھی جبکہ حصوں میں بہت سی غیر وضعیت پائی جاتی ہو چکا جاتے ہیں۔ عمود فقری کے ٹھہری حصہ میں ورقہ جات اور مفصلی زوائد غیر وضعیت واقع ہونے کی صورت میں ہمیشہ علحدہ ہو جاتے ہیں۔ ٹھہری حصہ میں مفصلی زوائد اکثر گسر سے بچ رہتے ہیں گو یہ ایک دوسرے سے بہت بری طرح سے دور ہٹ جاتے ہیں۔ تمام واقعات میں بین فقری اقراص کم و بیش دریدہ ہو جاتے ہیں اور فوق شوکی اور بین شوکی اور کیسی رباطات اور زیر صغری رباطات (ligamenta subflava) بھی پھٹ جاتے ہیں۔ جب اجسام بہت کچلے جاتے ہیں اور ایک دوسرے سے دور ہٹ جاتے ہیں تو مقدم اور موخر مشترک رباطات بالعموم مشق ہو جاتے ہیں۔

(ب) بلا واسطہ چوٹ سے جو کری خلوع (fracture-dislocations) واقع ہوتے ہیں ان میں ضرر عمود فقری کے کسی حصہ پر بھی پایا جاسکتا ہے۔ کمزور کسی قسم کی بلا واسطہ چوٹ لگنے پر عمود فقری چوٹ کے مقام پر پیچھے کی طرف جھک جاتا ہے۔ تضررات کی سائن الذکر قسم میں یہ معلوم ہو گیا ہوگا کہ فقرات کے مقدم قطعات پر ضغط اثر انداز ہوتا ہے اور موخر قطعات پر دریدگی اور انفصال اجزا کا اثر پڑتا ہے۔ بلا واسطہ چوٹ سے جو تضررات واقع ہوتے ہیں ان میں چوٹ کی حالت بالکس ہوتی ہے۔ موخر قطعات دب کر کچلے جاتے ہیں۔ اور فقرات کے اجسام جو عمود کے سامنے کی طرف واقع ہوتے ہیں علحدہ ہو جاتے ہیں۔

اس قسم کے حادثہ میں زیادہ غیر وضعیت بہت شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے۔ فقرات میں علحدگی پیدا کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ چوٹ نہایت ہی شدید ہو اور عام طور پر ایسا ہوتا ہے کہ اسکی قوت شوکی قطعات کے موخر حصوں کے کچلنے ہی میں صرف ہو جاتی ہے۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ بلا واسطہ چوٹ سے پیدا شدہ تضررات میں بالواسطہ چوٹ سے پیدا شدہ تضررات کی نسبت جبل کا تضرر قلیل الوقوع اور کم شدید ہوتا ہے۔

اطلسی محوری خطہ میں اطلس اور قذالی ہڈی بلا واسطہ چوٹ سے ایک دوسرے سے مخلوع ہو چکے ہیں، گو نہایت کثیر الوقوع ضرر قبل الذکر کا خلع ہے جو محور پر واقع ہوتا ہے اس ضرر کے ساتھ سستی زائندہ (odontoid process) کا کسر ہمیشہ نہیں مگر عام طور پر

پایا جاتا ہے۔ اٹلس کا مستعرض زائئدہ زائئدہ حلیہ اور جٹرس کے درمیان محسوس کیا جاسکتا ہے جبکہ یہ طبعی وضع پر ہو (ای کارنر : E. Corner)۔

شوکی زائئدہ سے ایسے ضربات سے جو بخوبی مختل مقام ہوں، یا دفعتاً بار پڑنے سے، یا عضلی فعل سے پیدا شدہ انقباضات سے شکستہ ہو سکتے ہیں۔ عمود فقری کے عنتی خط کے زیرین حصہ کے نمایاں شوکے اور ظہری خط کے طول زائئدہ اکثر اس ضرر سے متاثر ہوتے ہیں۔ قطنی شوکے اتنی کثرت سے کمسور نہیں ہوتے کیونکہ یہ نسبتاً چھوٹے اور کمر کے عضلات سے بخوبی محفوظ ہوتے ہیں۔

جب تشخص میں مدد حاصل کرنے کے لئے لاشعاعوں کا استعمال شروع ہوا ہے یہ معلوم ہوا ہے کہ گرنے اور فوری عضلی جہد سے قطنی فقرات کے مستعرض زائئدہ کا کسر قلیل الوقوع نہیں۔ اس سلسلہ میں یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ضلعی زائئدہ کا پہلے قطنی فقرہ سے چسپیدہ ہونا کوئی غیر معمولی امر نہیں۔ قطنی پسیلی (lumbar rib) — چنانچہ اسی حالت سے مستعرض زائئدہ کے کسر سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ بہت زور لگانے میں مثلاً کمر پر بھاری بوجھ اٹھانے یا اٹھا کر لے جانے میں عضلہ خصریہ (psoas) اور عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) قطنی فقرات کے مستعرض زائئدہ میں جن سے یہ چسپیدہ ہوتے ہیں بعض اوقات حقیقتہً کسر واقع کر دیتے ہیں۔

کسری خلع (fracture-dislocation) اور کیلے کسری کی بعض حالتوں میں رتوں (laminæ) اور شوکی زائئدوں کا جزوی استیصال کیا گیا ہے (ورقہ برداری : laminectomy) اس طریقہ سے قنال شوکی آزادانہ طور پر کھولی جاسکتی ہے اور منعب خون کو نکل جانے دیا ہے اور جبل دباؤ سے آزاد کیا جاسکتی ہے۔ ورقے حتی الامکان مستعرض زائئدہ کے پاس سے کاٹے جاتے ہیں۔ اور لوچ دار زیر اصفری رباطات (ligamenta subflava) کو احتیاط سے کاٹنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

عمود فقری تک وسطی شکاف میں سے رسائی کی جاتی ہے، اور بڑے بڑے عضلی تودے طرفین پر شوکی زائئدوں اور ورقوں سے علیحدہ کر دئے جاتے ہیں۔ چونکہ

زخم تقریباً دسلی ہوتا ہے اس لئے جریان خون مضبوط نہیں ہوتا۔ وریدوں کا نظری شوکی
ضغیرہ شوکیوں کے ساتھ ساتھ اور درقوں کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ ورقوں کی غنقی سطح
پر مومضطلوی شوکی وریدیں واقع ہوتی ہیں۔

یہ عملیہ ایسے شائل کے واقعات میں جو جبل پر اپنی جگہ سے ٹلی ہوئی ہڈی کا دباؤ
پڑنے سے پیدا ہوا ہو، یا عمود فقری کی بوسیدگی (پاٹھ کے مرض: Pott's disease)
میں جبل کے تدرنی اریکی بانٹ یا ارتشاحات سے دبنے سے نمودار ہوا ہو، کامیابی سے
سرا انجام دیا جا چکا ہے۔ بہر حال یہ ضرور معلوم ہو جانا چاہئے کہ مونیوال ذکر قسم کے عارضہ
میں از خود شفا یاب ہو جانے کا رجحان پایا جاتا ہے۔

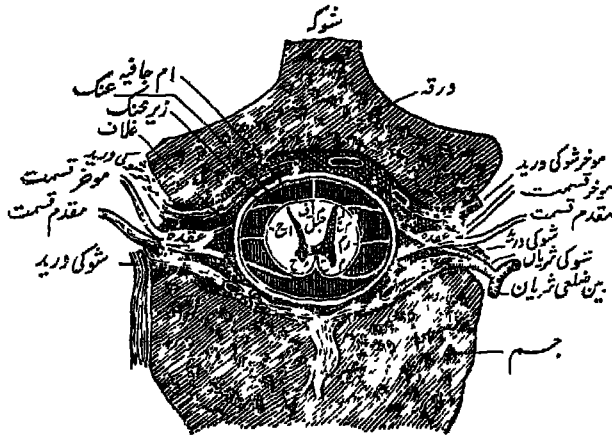
باب بست و ہشتم

جبل شوکی

(THE SPINAL CORD)

جبل شوکی (spinal cord) بالغوں میں تقریباً ۱۸ انچ لمبی ہوتی ہے، اور سوراخ کبیر (foramen magnum) کے زیرین ماسٹوئید سے لیکر پہلے قطنی فقرہ کے جسم کی زیرین کور تک پھیلی ہوتی ہے۔ بعض حالتوں میں اور خاص کر بچوں اور لڑکوں میں یہ دوسرے بلکہ تیسرے قطنی فقرہ پر ختم ہوتی ہے، اور بعض مثالوں میں آخری ظہری فقرہ پر۔ یہی معلوم ہو جانا چاہئے کہ عمود فقری کی خمیدگی کے دوران میں جبل ذرا اوپر اٹھ جاتی ہے۔ جب جسم کو خمیدہ کیا جاتا ہے اور بازو باہر کی طرف کو پھیلا دئے جاتے ہیں تو اس کا قطنی حصہ ۱۰ میٹر اوپر اٹھ جاتا ہے۔ جنینی زندگی کے ابتدائی مہینوں میں تمام فقری قنال نخاع شوکی سے شروع سے لیکر اخیر تک پُر ہوتی ہے، لیکن تیسرے مہینے کے بعد قنال او قطنی اور عجزی اعصاب جبل کے مقابلہ میں اتنی تیزی سے بڑھتے ہیں کہ بوقت پیدائش یہ تیسرے قطنی فقرہ سے متجاوز نہیں ہوتی۔ یہ ظاہر ہے کہ چوٹوں کے سلسلہ میں یا مرنہت مفید ثابت ہوتا ہے کہ جبل شوکی فقری ستون کے اس حصہ میں موجود نہیں ہوتی جو اسٹوٹ کے قاعدہ سے ملتا ہوا ہے، اور جس میں نہ صرف معتد بہ حرکت ہی واقع ہوتی ہے بلکہ

اس کے مروڑے جانے اور اس پر بار پڑنے کا بھی احتمال ہوتا ہے۔ ام جافیہ (dura mater) 'عنكبوتیہ' (arachnoid) اور دماغی نخاعی سیال کا اجتماع عجز کے تیسرے ٹکڑے تک پھیلے ہوئے ہیں (شکل ۱۶۰)۔ لہذا عمود فقری کی وہ چوٹیں جو اتنی نیچی لگیں جتنا نیچا کہ موخر الذکر مقام ہوتا ہے اس حید میں التهاب پیدا کرنے سے ہلکا ثابت ہو سکتی ہیں۔ جبل ظہری خط میں ایک جانب سے دوسری جانب تک ۱۰ ملی میٹر اور مقدم موخر رخ میں ۸ ملی میٹر ہوتی ہے۔ عنقی کلائی پانچویں اور چھٹے عنقی فقرہ کے بالمقابل سب سے بڑی ہوتی ہے۔



شکل ۱۵۹۔ جبل شوکی، اغشیہ، اور شوکی قتال میں سے گزرتی ہوئی ترائی۔

م۔ ج۔ مقدم جڑ کے مبدا پر۔ م۔ ج۔ موخر جڑ کے مبدا پر۔ م۔ ف۔ موخر فاصل۔ و۔ ح۔ اح۔ ح۔
 ص۔ م۔ رباط سن۔ عنکبوتیہ (عنکب) ، ام جافیہ اور زیر عنکبوتی فضا طائر کی گئی ہے۔

جہاں اس کی پیمائش ایک جانب سے دوسری جانب تک ۱۳ ملی میٹر ہوتی ہے۔ قطنی کھانا کا سب سے بڑا حصہ بارہویں ٹھہری فقرہ کے مقابل ہوتا ہے جہاں اس کی جانبی پیمائش تقریباً ۱۲ ملی میٹر ہوتی ہے۔

ششوی ام جافیہ (spinal dura mater) مضبوط اور دبیر غشاء ہوتی ہے۔

اور اس کے اور فقری قنال کی دیواروں کے درمیان ایک کافی عریض فضا پائی جاتی ہے جس میں ڈیسیلی ڈھالی فضائی بافت اور ویدوں کا ایک ضغیرہ پایا جاتا ہے (شکل ۱۵۹)۔ یہ غشا لوہدار ہوتی ہے اور جب جیل کسی کھل دینے والی قوت سے مکمل طور پر کٹ جاتی ہے تو اس کو بعض اوقات ضرر نہیں پہنچتا۔ یہ آسانی سمجھ میں آ جائیگا کہ عمود فقری کو چوٹ لگنے سے اسحمیہ میں جو ضرر اور التهاب واقع ہوتا ہے وہ اس قسم کی ان پیچیدگیوں کی نسبت جو کھوپری کی چوٹوں کے بعد پیدا ہوتی ہیں بہت قلیل الوقوع ہوتا ہے۔ نخاعی ام جافیہ کے ڈیسیلین سے، اور اس کے ہڈی کی چپیدگی سے جو کہیں کہیں پائی جاتی ہے اور ضعیف سی ہوتی ہے آزاد ہونے سے، اور اس کے ارد گرد کی فضا سے، جس میں انصبابات محدود ہونے کے امکان کے بغیر پھیل سکتے ہیں، عمود فقری میں ان پیچیدگیوں کے نادر الوقوع ہونے کی توجیہ ہو جائے گی جو کھوپری کے اندر ام جافیہ کے تسلسل میں ہڈی کے دب جانے اور پیپ اور خون کی وعابدریاں واقع ہونے سے پیدا ہوتی ہیں۔

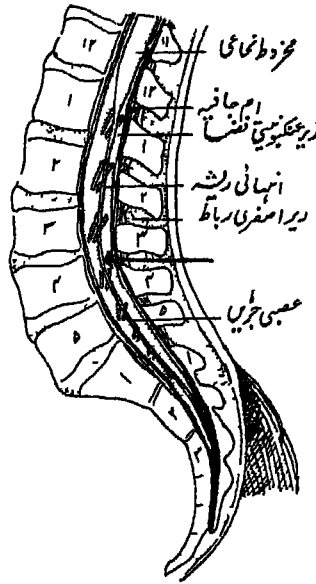
686

باریک دیواروں کی ویدوں کا وہ ضغیرہ جو اس غلاف اور ہڈیوں کے درمیان واقع ہوتا ہے بعض اوقات عمود کی چوٹ میں وسیع زلف کا منبع ثابت ہوتا ہے۔ جو خون اس طرح نکلتا ہے اس کا رجحان تجاذب سے قنال کے زیر ترین حصہ میں چلے جانے کی طرف ہوتا ہے۔ اور جب یہ کافی مقدار میں ہوتا ہے تو جمل نخاعی پر دباؤ پڑنے کے اثرات پیدا ہو جاتے ہیں۔

فقرات کی موخو جانب پر محرابوں کے اوپر عروق کا ایک ضغیرہ موجود ہوتا ہے (ظہری شوکی ویدیں) جو کمر کے عضلات اور اس کی پوششوں سے خون وصول کرتا ہے۔ یہ عروق زیر اصفری (subflava) رباطات میں سے گذر کر شوکی قنال کے اندر کے ویدی ضغیرہ سے ربط پیدا کرتے ہیں، اور اس ربط کے ذریعہ سے التهاب باہر سے جیل کے غلاف میں منتقل ہو سکتا ہے۔ چنانچہ نخاعی التهاب سمایا (spinal meningitis) ان گہرے بتری قروح اور تقبیحی عوارض سے پیدا ہو چکا ہے جو شوکی ورقوں کے بالکل قریب واقع تھے۔

ام جافیہ میں کھوپری کے اندر دو فضاؤں ہوتی ہیں تحت جافی (subdural) اور زیر عنکبوتی (subarachnoid) (دیکھو صفحات 42 و 41)۔ چونکہ عنکبوتیہ (arachnoid) ام جافیہ سے قریبی طور پر ملا ہوتا ہے اس لئے تحت جافی فضا محض ایک فضا ہے بالقوہ ہوتی ہے۔ مگر زیر عنکبوتی فضا وسیع ہوتی ہے (شکل ۱۵۹ اور ۱۶۰) اور اس میں دماغی نخاعی سیال بھرا ہوتا ہے جو جبل کو گھیرے ہوتا ہے۔ یہ فضا دماغ کے

687



شکل ۱۶۰۔ عمود فقری کے زیرین حصہ کی عمودی تراش جو زیر عنکبوتی فضا کے محل اور اس کی وسعت کو ظاہر کرتی ہے۔
تیرقطنی کچھ کے کے مقام کو ظاہر کرتا ہے۔

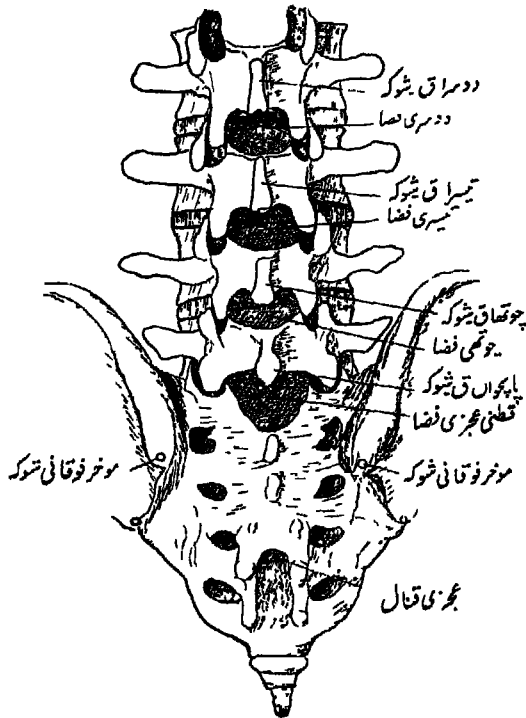
قاعدہ کی زیر عنکبوتی فضاؤں سے مسلسل ہوتی ہے (شکل ۱۱ صفحہ ۴۸)۔ اس کھلے ربط کے ذریعہ سے انتہائی عوارض جبل سے دماغ تک آسانی پھیل سکتے ہیں۔ ان فضاؤں میں

چوٹ لگنے پر بعض اوقات خون و عابدر ہو جاتا ہے۔

غلافات کے کسی زخم سے کٹ جانے کی حالت میں دماغی نخاعی سیال (cerebro-spinal fluid) بڑی بڑی مقداروں میں بہ چکا ہے۔ اس سیال میں طبعی طور پر ۵۰ فی صدی البیومن ہوتی ہے، لیکن اگر اغشیہ ملہتب ہوں تو اس کی مقدار اس سے دوگنا ہو جاتی ہے۔ بعض حالتوں میں اس سیال کا دباؤ اس قدر بڑھ جاتا ہے کہ اس سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ طبعی حالتوں میں یہ سیال کسی دباؤ کے زیر اثر بھی جو گرد و نواح کی وریدوں سے زیادہ ہو جاتا ہے (Hill : اہل)۔ لیٹنے کی حالت میں اس دباؤ کو پانی کا ۲ انچ لمبا کالم برداشت کرنا چاہئے۔ اور کھڑے ہوئی حالت میں ۶ تا ۸ انچ کا۔ ہر عضلی جہد پر جیسا کہ کھانسنے میں یا زہر کے لئے دفعۃً کوشش کرنے میں اردوں نخاعی وریدیں شمع ہو جاتی ہیں اور دماغی شوکی دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ مرضا میں یہ دباؤ طبعی دباؤ سے دس گنا زیادہ ہو جاتا ہے۔ اس دباؤ کو قطنی کچھو کے (lumbar puncture) سے کم کیا جاسکتا ہے جو ۶ تا ۸ سنٹی میٹر لمبی سوئی عمود فقری کے قطنی حصہ پر ذریعہ عکسبوتی فضا میں بھونکنے سے لگایا جاتا ہے۔ تیسرے اور چوتھے قطنی شوکوں کے درمیان عین خط وسطیٰ پر ایک نقطہ منتخب کر لیا جاتا ہے کیونکہ یہاں میان ورقی فضائیں عریض ترین ہوتی ہیں اور اس حالت میں جانی نقطہ منتخب کرنے کی نسبت عروق خون اور اعصاب کی جھڑوں کو نقصان پہنچنے کا خطرہ کم ہوتا ہے۔ چونکہ قطنی شوکہ بآسانی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ کیونکہ یہ جرقہ عروقی کے ہلنے ترین نقطہ کے لیول پر واقع ہوتا ہے (شکل ۱۶۱)۔ جب عمود فقری کو آگے کی طرف جھکا دیا جاتا ہے تو بین ورقی فضا بہت زیادہ ہو جاتی ہے۔ لہذا مریض کو کروٹ ولا کر خمیدہ کر دیا جاتا ہے، پھر اسے بٹھا کر آگے کی طرف کو جھکا دیا جاتا ہے۔ بمزل کی نوک ناف کے رخ میں بھونک دی جاتی ہے (فلکیت : Flack)۔ سوئی زیر اصغری رباط میں سے ورقوں کے درمیان سے گزر جاتی ہے۔ اگر دباؤ طبعی سے بہت کم ہو جائے تو تشنجات شروع ہو جاتے ہیں۔ اس لیول پر جیل نہ بھی نہیں ہو سکتی، لیکن بعض اوقات سوئی زیرین عصبی جزوں میں سے کسی ایک میں سے گزر جاتی ہے جس سے جارحہ اسفل کے عضلات میں جھٹکے شروع ہو جاتے ہیں۔

شوکی بے حسی درد (spinal analgesis) قطنی کچوکا (lumbar puncture) لگانے کے نقطہ پر زیر عنکبوتی فضا میں سٹوون (stovaine) یا اسکی متبائن اشیا کا اثرباب کرنے سے پیدا کی جاتی ہے۔ جب تک کہ مہزل نکالنے پر دماغی نفاخی پیدا ملکی میں سے آزادانہ طور پر نہ پہنچے لگے اثرباب نہ کرنا چاہئے۔ کیونکہ جب تک ایسا نہ ہوگا ملکی زیر عنکبوتی فضا میں نہ ہوگی۔ بالعموم ۲۰ تا ۳۰ مکعب سنٹی لیٹر سیال نکالا جاتا ہے

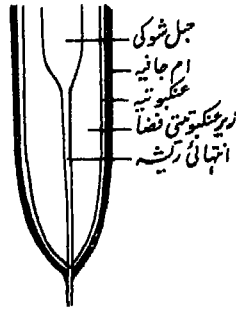
689



فصل ۱۶۱۔ قطنی میاں دورق فضاؤں کی تصویر جو چوتھے قطنی شوک کے محل کو ظاہر کرتی ہے۔
م۔ ف۔ ق۔ مؤخر فوقانی شوک۔

اور اس کی جگہ سیال یا مصل کی اتنی ہی مقدار داخل کر دی جاتی ہے۔ دماغی ضغط کی حالتوں میں اگر سیال دفعۃً باہر نکال دیا جائے تو سوراخ بکیر میں نخاع مستطیل اور دماغ کے کاگ کی طرح ٹھس جانے کا خطرہ ہوتا ہے، اور اس طرح یہ مضبوط اور عذیم الدم ہو جاتے ہیں، اور موت فوراً واقع ہو جاتی ہے۔ سیریاکو (Mr. Barker) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ چت لیٹنے کی حالت میں زیر عنقبوتی فضا کا زریزہ حصہ وسطی ظہری خط میں واقع ہوتا ہے۔ اور اس لئے اگر کوئی ایسا سیال جس کی کثافت اضافی دماغی نخاعی سیال کی کثافت اضافی (۱.۰۰۷) سے زیادہ ہو تو ظہری خط میں

690



شکل ۱۶۲۔ نخاعی مخروط، انتہائی ریشہ، اور شوکی اغشیہ کی ارتقائی انتصابی تراش۔

بدریغہ انشراب داخل کر دیا جائے تو اس کا رجحان تجاذب کے زیر اثر اسی حصہ میں جمع ہو جانے کی طرف ہوگا۔ مریض کے کندھوں کو اونچا اور نیچا کرنے سے معدوم جس کے انتشار کی رفتار کو معتدبہ حد تک منظم کیا جاسکتا ہے۔ سٹوون (stovaine) کے اثرات سٹرکینین (strychnine) سے ملا کر بالائی ظہری اور عنقبوتی خطوں میں بین ورقی فضاؤں میں سے کیئے گئے ہیں (جونیسکو، Jonnesco)، جن کے لئے عمود فقری کو ان کی زیادہ سے زیادہ بسط کردگی حاصل کرنے کے لئے جھکا دیا جاتا ہے مگر یہ طریق کار خطرناک ہے۔

جمل کا محل وقوع ایسا ہے کہ شکافِ فتنہ (incised) اور کچھ کے دُا (punctured) زخموں کی رسائی اس تک آسانی سے نہیں ہوتی۔ جن مقامات پر اس تک آسانی رسائی ہو سکتی ہے وہ صرف طلس اور قذال اور طلس اور محور کے درمیانی حصے ہیں۔ ان محلات پر جمل کے ہلکے زخموں کے پائے جانے کے کئی ایک واقعات درج کئے جا چکے ہیں۔ عمود فقری کے زیرین حصہ میں اگر زخم کا ایک خاص رخ ہو تو وہ نخاع شوکی تک پہنچ سکتا ہے۔ چنانچہ ایک واقعہ کی اطلاع دی گئی ہے جس میں ایک نوکدار چر جزو نیچے سے اوپر کی طرف کو داخل کی گئی تھی نویں اور دسویں ٹھہری فقرات کے درمیان قتال میں گھس گئی تھی۔

تلوار اور سنگین کے زخموں سے جمل کے زخمی ہونے کی کئی ایک مثالیں درج کی جا چکی ہیں۔ مگر ان مثالوں میں سے اکثر میں زخم کے ساتھ محافظہ ہڈی کا کوئی نہ کوئی کسر بھی موجود تھا۔ بندوق کی جدید نمونہ کی تیز رفتار گولیاں جمل شوکی میں داخل ہو کر نہ صرف انہی ساختوں کو جو اس کے عین راستہ میں واقع ہوتی ہیں بلکہ دور کے حصوں کو بھی بہت نقصان پہنچاتی ہیں۔ ایسی گولیاں جب دماغی نخاعی کہف میں — جو ایک بند کہف ہے — داخل ہوتی ہیں تو دھماکے کا سا اثر پیدا کرتی ہیں جس سے اس بند فضا میں نزفات پیدا ہو جاتے ہیں اور تمام حصے کوفتہ ہو جاتے ہیں۔

691

ام حنونہ (pia mater) جمل کے لئے ایک قوت رساں غلاف ہے بشرطیکہ قبل اسکے کہ اسکے جسم کو رسد پہنچانیکے لئے اس میں خل ہوں متفرع ہو جاتی ہیں۔ فقری، بین صلی، قطنی، حرقنی قطنی، اور جانبی عجری شریاں عصبی جڑوں کے ساتھ ساتھ شاخچے بھیجتی ہیں۔

ارتجاجِ جمل (concussion of the cord)۔ یہ بیان کیا گیا ہے کہ کمر کی بعض چوٹوں کے بعد علامات کا ایک سلسلہ جو عام طور پر شدید اور پیچیدہ قسم کا ہوتا ہے نمودار ہوتا ہے۔ اور یہ جمل نخاعی کے ارتجاج یا اسکے ہل جانے (shaking) سے منسوب کیا جاتا ہے۔

ان چوٹوں سے یہ قیاس کیا جاتا ہے کہ جب جمل کو کوئی فوری صدمہ پہنچتا ہے تو اس میں چھوٹے چھوٹے نزفات واقع ہو جاتے ہیں جن سے اس کے فعل میں کم و بیش

شدید اختلال پیدا ہو جاتا ہے۔ اور اس حالت کا موازنہ ارتجاج دماغ سے کیا جا چکا ہے گو یہ ضرور تسلیم کرنا پڑے گا کہ ارتجاج جبل کی جو علامتیں اکثر تسلیم کی جاتی ہیں وہ خواص میں ان علامتوں سے زیادہ پیچیدہ ہوتی ہیں جو کسی ایسے عضو کے اسی قسم کے تضرعات میں جو اس سے زیادہ پیچیدہ ہو دیکھنے میں آتی ہیں۔

جبل شو کی اپنی عظمی قتال میں لٹکی ہوئی یا معلق ہوتی ہے، اور اس قتال کی دیواروں سے تمام اطراف پر ایک معتد بہ وقفہ سے علحدہ ہوتی ہے۔ یہ فی الحقیقت صرف ان عصبی تنوں کے ذریعہ سے جو اس میں سے بین فقری سوراخوں کے راستہ سے باہر نکلتے ہیں اور ان تعلقات کے ذریعہ سے جو غلافات کے ساتھ ہوتے ہیں، اپنے محل پر قائم رہتی ہے۔ اوپر کی طرف یہ دماغ کے اس حصہ سے ملی ہوتی ہے جو دماغی نخاعی سیال کے کلاں ترین دروں مجموعی اجتماع پر واقع ہوتا ہے (صفحہ 42) اور اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ کعبہ بری میں دماغ کی جو شدید ترین حرکتیں ممکن ہو سکتی ہیں وہ جبل شو کی تک بہت کم دور ہو کر منتقل ہوتی ہیں۔ مزید برآں غلافات کے اندر جبل تمام اطراف پر ایک فضا سے گھری ہوتی ہے جو دماغی نخاعی سیال سے پر ہوتی ہے۔ اس لئے یہ سمجھنا مشکل ہے کہ ایک ساخت جو اتنی محفوظ ہے اس میں ایسے صدمہ سے جو جسم کو پہنچا ہو کس طرح اتنا شدید خلل پیدا ہو سکتا ہے کہ اس میں شدید اور ممتد فیقتان ظاہر ہو جاتا ہے۔ جبل درحقیقت کسی حد تک ایک سرفہ (caterpillar) کی طرح ہے جو بانی کے چھوٹے سے شیشہ میں تاگے سے لٹکا ہو۔ اس قسم کے کیڑے کے اندرونی نظام میں بہت شدید چوٹ کے علاوہ کسی دوسری چوٹ سے مستقل طور پر خلل پیدا کرنا (خواہ اس کی ساخت اتنی اولی و اعلیٰ ہی کیوں نہ ہو جتنی کہ جبل کی ہوتی ہے) شاید مشکل ہے۔

جبل کے تضرعات۔ عمود فقری کے کسور اور خلوع کے خطرناک ہونے کا انحصار اس تضرع کی مقدار پر ہے جو جبل کو پہنچا ہو۔ ان حادثات میں مضروب فقرہ کا کچھ حصہ اکثر نخاعی قتال میں تطلیل کر آتا ہے جس سے اس کے اندر کے نازک عصبی مرکز پر دباؤ پڑتا ہے یا وہ کچلا جاتا ہے۔

یہ کہنا بے سود ہے کہ جمل نہایت ہی نرم ہوتی ہے اور اس لئے ایسا بھی ہوتا ہے کہ یہ چوٹ سے اغشیہ کو محسوس طور پر نقصان پہنچنے کے بغیر مکمل طور پر ٹوٹ جائے۔ یہ ایک واقعہ ہے کہ کسری خلوع میں غلاف کی دریدگی غیر معمولی ہوتی ہے۔ اور جمل کا کسی ایک مقام پر متناظر اغشیہ کی دریدگی کے بغیر مکمل طور پر کھلا جانا ناممکن ہے۔

اس میں کچھ شبہ نہیں کہ جمل کو جو نقصان پہنچتا ہے وہ حادثہ کی شدت کے لحاظ سے مختلف ہوگا۔ لیکن دوسرے امور کے مساوی ہونے کی حالت میں جمل، عنقی اور ظہری قطعات کے کسری خلوع میں قطنی قطعہ کے اسی قسم کے ضرات کی نسبت زیادہ شدید طور پر نقصان رسیدہ پائی جائے گی۔ طلسمی محوری خطہ میں ان دونوں ہڈیوں کے ایک دوسرے سے مخلوع ہونے کی حالت میں غیر وضعیت کی جو مقدار ظاہر ہوتی ہے اس سے جمل قاعدۂ شدید طور پر کھلی جاتی ہے، اور موت فوراً واقع ہو جاتی ہے، جیسا کہ ان واقعات میں دیکھنے میں آتا ہے جن میں موت پھانسی سے واقع ہوئی ہو۔ ستون کے عنقی اور بالائی ظہری قطعات میں فقرات کے اجسام چھوٹے ہوتے ہیں، عمود فقری حرکت پذیر ہوتا ہے، اور ان حصوں میں جو کسور پائے جاتے ہیں وہ بالعموم بالواسطہ چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں، اور ان میں بہت سی غیر وضعیت پائی جاتی ہے۔ مزید برآں ظہری خطہ کے زیریں حصہ میں عمود فقری کی نسبتاً زیادہ استواری کی وجہ سے غیر وضعیت کے (جب کبھی بھی یہ واقع ہوتی ہے) معتدبہ ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ قطنی خطہ میں جمل صرف پہلے فقرہ کے زیریں کنارہ تک ہی پہنچتی ہے۔ نیز فقرات کے اجسام اس خطہ میں بہت بڑے اور شکنجے ہوتے ہیں اور غیر وضعیت کی متناظر مقدار کے بغیر ایک بہت بڑی حد تک کچلے جاسکتے ہیں۔ نیز یہ حصہ بڑے بڑے درول فقری اقراص اور عضلات کے بڑے بڑے تودوں سے جو عمود کے ارد گرد منکب میں واقع ہوتے ہیں بخوبی محفوظ ہوتا ہے۔ جمل شوکی کا یہ حصہ جو قطنی خطہ تک چلا آتا ہے ذنب الفرس (cauda equina) کے بہت سے اجال کی وجہ سے بھی جن کا رجحان اپنے ڈھیلے پن اور اضافی لوچ کی وجہ سے چوٹ کو اقل بنانے کی طرف ہوتا ہے محفوظ رہتا ہے۔

پڑی کی غیر وضعیت کی وہ مقدار جس سے دباؤ کے اثرات پیدا ہو سکتے ہیں اکثر اس مقدار سے زیادہ ہوتی ہے جو فرض کی جاسکتی ہے۔ امتحانات بعد الموت پر ایسے واقعات میں بھی جن میں جل کو نقصان پہنچنے کی کوئی شہادتیں دوران زندگی میں موجود نہیں تھیں ضرر سرکہ فقرات کے حصے شو کی قنال میں معتد بہ حد تک مداخلت کرتے ہوئے پائے گئے ہیں۔ جس حیرت انگیز طریقہ سے جل آہستہ آہستہ بڑھنے والے دباؤ سے موافقت پیدا کر لیتی ہے وہ اکثر عمود فقری کے مزمن عظمی امراض میں دیکھنے میں آتا ہے۔

یہ ظاہر ہے کہ جو علامات شو کی قنال کے اندر کی جل اور اعصاب کو نقصان پہنچنے سے پیدا ہوتے ہیں ان کا انحصار ضرر کے محل اور اس کی وسعت پر ہوگا۔ ضرر کے محل کی تشخیص ان تعلقات کی وجہ سے جو اعصاب کو مختلف فقرات سے ہوتے ہیں اور نیز اس امر سے پیچیدہ ہو جاتی ہے کہ بہت سے بڑے بڑے اجبال ان مقامات کے اوپر سے پیدا ہوتے ہیں جن پر یہ فقری قنال میں سے نکلتے ہیں۔ دونوں بلند ترین اعصاب یعنی پہلا اور دوسرا عنقی عصب جل سے پیدا ہو کر باہر نکلنے کے مقامات تک تقریباً افقی ہوتے اختیار کرتے ہیں۔ بقیہ اعصاب کا رخ کم و بیش ترجحاً ہوتا ہے، حتیٰ کہ زیر ترین عصبی تنے اپنے اپنے بین فقری سوراخوں تک تقریباً انقباضی رخ میں جاتے ہیں۔

694

قنال فقری میں سے اعصاب کے نکلنے کے مقامات پہلا عنقی عصب
قنال میں سے پہلے عنقی فقرہ کے اوپر سے نکلتا ہے۔ مزید برآں بقیہ عنقی تنے بھی جن فقرات کے نام سے موسوم کئے جاسکتے ہیں ان کے اوپر سے نکلتے ہیں۔ اور آٹھواں عنقی عصب قنال میں سے آخری عنقی اور پہلے نہری فقرہ کے درمیان سے نکلتا ہے۔ نہری قطنی اور عجری اعصاب کا مقام خروج ان فقرات کے نیچے ہوتا ہے جن کے نام سے مینوب کئے جاتے ہیں۔ چنانچہ پہلا نہری عصب پہلا اور دوسرے نہری فقرات کے درمیانی سوراخ سے گزرتا ہے، علیٰ ہذا القیاس۔

جل سے پیدا ہونے کے مقامات

پہلا عنقی عصب جل میں سے اس وقفہ کے بالمقابل پیدا ہوتا ہے جو ٹالس اور

قذال کے درمیان ہوتے ہیں۔

دوسرے اور تیسرے منحنی اعصاب جل سے محور کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔ چوتھے، پانچویں، چھٹے، ساتویں، اور آٹھویں منحنی اعصاب جل میں سے علی الترتیب تیسرے، چوتھے، پانچویں، چھٹے، اور ساتویں فقرات کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔

پہلے چار ٹھری اعصاب جل سے ان اقراص کے مقابل پیدا ہوتے ہیں جو علی الترتیب ساتویں منحنی اور پہلے دوسرے اور تیسرے ٹھری فقرات کے نیچے ہوتے ہیں۔

پانچویں اور چھٹے ٹھری اعصاب جل سے چوتھے اور پانچویں فقرات کے نیچے کے کناروں کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔

بقیہ چھ ٹھری اعصاب جل سے چھٹے، ساتویں، آٹھویں، نویں، دسویں اور گیارہویں فقرات کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔

پہلے تین قطنی فقرات جل سے بارہویں ٹھری فقرہ کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔ چوتھا قطنی عصب جل سے بارہویں ٹھری اور پہلے قطنی فقرات کے درمیان کے قرص کے بالمقابل پیدا ہوتا ہے۔

آخری قطنی عصب مع عجزی اور عصصی اعصاب کے جل سے پہلے قطنی فقرہ کے بالمقابل پیدا ہوتا ہے۔

لہذا یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ عمود فقری کے تمام عصبی مشمولات کے کسی خاص مقام پر کچلے جانے سے جو علامات پیدا ہوتے ہیں ان کا مشاہدہ کرتے وقت نہ صرف انہی اثرات کا خیال رکھنا چاہئے جو نخاع (medulla) کو ضرر پہنچنے سے پیدا ہوتے ہیں بلکہ ان نتائج کا بھی خیال رکھنا چاہئے جو عصبی تنوں کی (جو وہاں سے نکلتے ہیں) دریدگی سے پیدا ہوتے ہیں گو ان کے مبادی محل ضرر سے اوپر ہی ہوتے ہیں۔ مزید برآں جل کے صرف کچھ حصہ ہی کو اکثر ضرر پہنچتا ہے، اور بعض اوقات یہ بالکل بچ بھی جاتی ہے اور ایک یا زائد اعصاب کمزور فقر یا ہڈی کے ان ٹکڑوں سے جو ضرر کی وجہ سے علحدہ ہو جاتے ہیں کچلے جاتے ہیں۔

کسری خلوع (fracture-dislocations) میں اوپر کے فقرہ کا جسم جب ایک ہی بیان کیا جا چکا ہے بالعموم آگے کی طرف کو پھسل جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قبل کے مقدم اور مقدم جانبی حصے محل ضرر کے نیچے کے فقرہ کے تپلسلی کنارہ کے ساتھ شدت سے متماکس ہو جاتے ہیں۔

جبل کے یہی حصے ہیں جن میں سے بڑے بڑے حرکی خطے گذرتے ہیں۔ اور اسی لئے اکثر ایسا ہوتا ہے کہ چوٹ کے محل سے نیچے کے حصوں میں جس کی نسبت حرکت کا فقدان زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ اگر جزوی حرکی تشلل واقع ہوا ہو تو قبل الذکر فعل کے غلل کے موخر الذکر کی نسبت زیادہ وسیع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ ایک واقعہ ہے کہ جس کا فقدان حرکت کی قوتوں میں کچھ نہ کچھ غلل واقع ہونے کے بغیر کسی حالت میں نہیں پایا گیا۔ اگر جبل کے رمادی مادہ کو بہت شدید نقصان نہ پہنچا ہو تو وہ معکوس حرکتیں جو جبل کے اس قطعہ سے متعلق ہوتی ہیں مناسب ہیجان سے تشلول حصوں میں بالعموم پیدا کی جاسکتی ہیں۔ اگر یہ معکوس حرکتیں غائب ہو جائیں تو یہ نتیجہ نکالا جاسکتا ہے کہ رمادی مادہ شکستہ ہو چکا ہے اور تمام جبل شوکی ضرر کے محل پر گھلی جا چکی ہے۔

عمود فقری میں کس جتنا اوپر کی طرف ہو گا فعل تنفس میں اتنا ہی زیادہ غلل واقع ہونے کا امکان ہو گا۔ اگر ضرر عمود فقری کے ظہری حصہ کے بالائی تیسرے پر ہو تو نہ صرف شکمی عضلات ہی مشلول ہوتے ہیں بلکہ تمام بین ضلعی عضلات میں بھی تشلل نمودار ہو جاتا ہے۔ جب ایسا کس جس میں جبل کو نقصان پہنچا ہو چوتھے عنقی فقرہ سے اوپر واقع ہو تو وہ فوراً ہلک ثابت ہوتا ہے۔ ڈایا فرامی عصب کا زیادہ تر حصہ چوتھے عنقی عصب سے نکلتا ہے اور تیسرے اور پانچویں عصب سے بھی اس کا کچھ حصہ بنتا ہے۔ چوتھا عصب چوتھے عنقی فقرہ کے عین اوپر سے نکلتا ہے۔ اگر جبل کو اس مقام سے عین نیچے کوئی نقصان پہنچ جائے تو مریض صرف ڈایا فرام ہی سے سس لے سکتا ہے۔ اور اگر ضرر اتنا بلند واقع ہو کہ ڈایا فرامی عصب کا بڑا جزو تباہ ہو جائے تو ہر قسم کا تنفس نامکن ہو جاتا ہے۔

تبول کا عصبی میکا نیہ۔ حوضی اعصاب جن کا زیادہ تر تعلق تبول سے ہے جبل شوکی کے زیرین مجزی خط سے نکلتے ہیں۔ اس سے یہ نتیجہ حاصل ہوتا ہے کہ

جس شوکی کے مستعداً مکمل طور پر کچلے جانے سے احتباس بول پیدا ہو جائیگا خواہ چوٹ کا لیول کچھ بھی ہو۔ اگر چند دن کے اندر اندر موت واقع نہ ہو تو احتباس کا نتیجہ بیش بہا ہوتا ہے۔ اگر تضرر مجری خطہ کے زیرین حصہ سے اوپر ہو جس سے کہ حیاتی عصب (pudic nerve) کے نواتات متاثر نہ ہوئے ہوں تو کئی ایک ہفتوں یا مہینوں کے گزرنے پر احتباس اور بیش بہاؤ کے بعد خود رو تبول (automatic micturition) پیدا ہو جاتا ہے۔ اس درجہ میں پیشاب بیک وقت کافی عرصہ تک رکھا رہتا ہے، اور بڑے بڑے کے دار فواروں کی شکل میں وقتاً فوقتاً خارج ہوتا رہتا ہے، اور مریض اس سے بے علم ہوتا ہے۔ یہ دے دے فوارے عجائی خطہ کی جلد کو چھونے یا کسی ایسی چیز سے جو موخو مجری بول میں (جو اس قسم کے ضربات کے بعد پیشاب سے پڑھتا ہے) دباؤ کو بڑھا دے مثلاً لیٹنے کے بعد اٹھ کر کھڑا ہونے سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ اس درجہ میں بول باقی کی معتدبہ اور اکثر ایک بڑی مقدار موجود ہوتی ہے۔ آدمی میں اس درجہ کے مظاہر شانہ کی موجودہ یا سابق الوجود شدید سرائت کی وجہ سے جس سے اس کی گنجائش اس کی دیواروں کی صرف لچک ہی کے غائب ہو جانے سے کم ہو جاتی ہے اکثر مخفی رہتے ہیں۔ مگر ایسے واقعات میں بھی ہر ایک ”تبول“ پر کئے ہوئے پیشاب کے حجم کے مقابلہ میں بول باقی کی مقدار معتدبہ ہوتی ہے گو اس کا حقیقی حجم قطعی آدمی میں ناقابل التقات ہوتا ہے۔ دوسرے پستانوں میں جن میں شوکی مجبوری تراش کے بعد بولی سرائت بالعموم واقع نہیں ہوتی ”خود رو تبول“ (automatic micturition) کے وقوع کے ساتھ مجری بول کو بند کرنے والے میکا نیہ کا (جو شوکی مجبوری تراش والے پستانوں میں ضا غطیہ مجری بول compressor urethrae ہوتا ہے) مترقی نقصان تنش دیکھا جاسکتا ہے۔ جب خود رو تبول قائم ہو جائے تو نکلنے ہوئے پیشاب کے فواروں کی لے وہی دکھائی دیتی ہے جو عجائی عضلات کے مرئی متوازن انقباضات کی ہوتی ہے۔ لہذا یہ ظاہر ہوتا ہے کہ خود رو تبول کا انحصار ضا غطیہ مجری بول (compressor urethrae) کے متوازن طور پر ڈھیلے ہونے پر ہوتا ہے اور متوازن انقباضات پر نہیں ہوتا۔ ضا غطیہ مجری بول کے متوازن انقباضات جس شوکی کی مجبوری تراش کے ساتھ ہی واقع ہونے لگتے ہیں، مگر اس کی تنش کے کم ہو جانے کے بعد ہی صرف

ایسا ہوتا ہے کہ اسکے متوازن انتظامات مجری بول کی مزاحمت میں وہ مطلوبہ تغیر پیدا کر دیتے ہیں جس سے میان مثانی دباؤ سے بخوبی نمایاں فوارے پیدا ہونا شروع ہو جاتے ہیں (بیرنگٹن : Barrington)۔

اگر جمل اتنی نیچے کھلی جائے کہ حیائی اعصاب (pudic nerves) کے نواتا ماؤف ہو جائیں یا یہ ذنب الفرس (cauda equina) پر سے کھلی جائے تو خود رتبہ (automatic micturition) واقع نہیں ہوتا، گو مثانہ کا حجم کسی ایسے طریقہ سے جو سمجھ میں نہیں آتا وقتاً فوقتاً بدلتا رہتا ہے۔

تیسرے (defaecation) کے فعل میں بھی خلل واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ اس کے لئے قطنی کلافی میں ایک معکوس مرکز ہوتا ہے جس کو حرکی اور حسی اعصاب نیچے کی طرف معائے مستقیم اور اس کے عضلات سے ملائے ہیں۔ نیز اس مرکز اور دماغ کے درمیان ایسے خطے ہیں جن کے متعلق زیادہ علم نہیں، اور جن کے ذریعے سب قناعی افعال سرانجام دئے جاسکتے ہیں۔ ادنی جانوروں میں ان معکوس مراکز پر دماغ کا غیر مکمل قابو ہوتا ہے۔ مگر ان میں بھی یہ قابو تربیت سے پیدا کیا جاسکتا ہے۔

جب خود مرکز کو ضرر پہنچ جاتا ہے یا وہ تعلق منقطع ہو جاتا ہے جو اس کو خزانے مذکور سے ملاتا ہے تو مریض کو سلس البراز (incontinence of faeces) کی تکلیف ہو جاتی ہے، اور وہ اس فعل کو کسی طرح قابو میں نہیں رکھ سکتا۔ جب جمل کو کسی معکوس مرکز اور دماغ کے درمیان نقصان پہنچ جاتا ہے تو تبرز کا فعل منظم اوقاف پر ہوتا ہے۔ اور مریض کو اس فعل کی خبر نہیں ہوتی، اور وہ اس کے امتناع پر قادر نہیں ہوتا۔

عنقی جمل کے بعض تضرعات میں حادثہ کے بعد مریض کو کچھ عرصہ کے لئے شدید تشنگی کی شکایت ہو چکی ہے، یا قلب کے فعل میں معتد بہ تغیر واقع ہو چکا ہے۔ مثال کے طور پر ایریسن (Erichsen) ایک آدمی کا واقعہ بیان کرتا ہے جس کو عنقی شوکہ پر شدید چوٹ لگنے کے بعد ہر روز کئی ایک مہینے تک تھک آتی رہی۔ واقعات کے ایک دوسرے گروہ میں ایسی مثالیں درج کی جا چکی ہیں جن میں نبض عمود فقری کے عنقی حصہ کے تضرعات کے بعد ۴۸ سے بھی کم ہو گئی تھی بلکہ ۳۶ یا ۲۰ ہی رہ گئی تھی۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ معین تنہا (accessory trunk) جمل میں سے اتنا نیچے سے نکلتا ہے جتنا نیچے کہ چھٹے یا ساتویں منحنی اعصاب ہوتے ہیں۔ شوکر جمل کے اندر کے مراکز کے محلات کے متعلق جو جلد کے رقبہ جات، عضلات، اور احشاء کے گرد ہوں سے تعلق رکھتے ہیں شکم اور جوارح کی عصبی رسدوں کے ذکر میں کچھ تفصیلات دے جا چکے ہیں (دیکھو صفحہ 390 اور اس کے بعد کے صفحات اور صفحہ 671)۔

شوکر مشقوقہ (spina bifida)۔ یہ اصطلاح فقری قنال کے بعض خلقی تشوہات کو ظاہر کرتی ہے جن میں اس کے بعض مشمولات سیال سلعہ کی شکل میں بروز کراتے ہیں۔ یہ تشوہ عام طور پر بعض فقرات کی عصبی محرابوں اور ان کے شوکوں کے فقدان پر مشتمل ہوتا ہے، اور اس لئے سلعہ پیچھے کی طرف کو ابھرتا ہے۔ شوکر مشقوقہ قطنی عجزی خطہ میں نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے جبکہ آخری قطنی فقرہ اور تمام عجزی فقرات کی عصبی محرابیں غائب ہوتی ہیں۔ دوران نمون عصبی محرابیں پہلے ٹھہری خطہ میں بند ہوتی ہیں، اور آخر میں قطنی عجزی خطہ میں۔ کثرت وقوع کے لحاظ سے اس کے بعد یہ عجزی خطہ میں پایا جاتا ہے۔ دوسرے مقامات پر یہ نادر الوقوع ہے۔ (۱) بعض اوقات اغشیہ کیلے ہی بروز کرتے ہیں (شوکر سحائی قبیلہ: spinal meningocele)۔ (۲) بعض اوقات اغشیہ جمل شوکر اور اس کے اعصاب کے ساتھ بروز کرتے ہیں (سحائی لیبی قبیلہ: meningo-myelocele)۔ (۳) بعض اوقات اغشیہ جمل کے ساتھ بروز کرتے ہیں جس کی مرکزی قنال اس طرح تنسج ہوتی ہے کہ اس کا ایک تاجہ نما کہنہ بن جاتا ہے (کہنئی لیبی قبیلہ: syringo-myelocele)۔

سحائی لیبی قبیلہ (meningo-myelocele) عام ترین قسم ہے۔ اول الذکر قسم شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے اور آخر الذکر بہت ہی نادر الوقوع ہے۔ جو سیال تاجہ کو تنسج کرتا ہے وہ دماغی نخاعی سیال ہوتا ہے، اور وہ جمل اور دماغ کے اس نظام کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ جب سیال کو مضبوط کیا جاتا ہے تو یہ دماغ کے قاعدہ پرگی زیر عکبوتی فضاؤں میں چلا جاتا ہے اور دماغ اوپر کی طرف کو اٹھ کر مقدم یا فوخ کے ساتھ جا ملتا ہے جہاں اس کا تصادم محسوس کیا جاتا ہے۔ جب بچہ روتا ہے تو یہ سلعہ

کلانی یافتہ اور تنیدہ ہو جاتا ہے۔ دماغی اور شوکی وریڈوں کا تمدد سیال کو اقل مزاجت کی سمت میں دھکیل دیتا ہے۔ تاچہ کی ریوار (۱) اغشیہ (۲) جلد، اور (۳) ایک متوسط غشا سے بنتی ہے جو اس عصبی ورقہ کی تناظر ہوتی ہے جو چپٹا رہ جاتا ہے اور بند نہیں ہوتا، اور جبل نخاعی کے قطنی حصہ کا قائم مقام ہوتا ہے اور جس سے اعصاب چسپیدہ ہوتے ہیں۔ اسی لئے شوکر مشقوقہ (spina bifida) میں عام طور پر کم و بیش شلل اور عدم حیثیت بھی موجود ہوتی ہے، اور ساتھ ہی جوارح اسفل اور عجان کا تشوہ بھی پایا جاتا ہے۔ یہ نقص نمو کے ایک نہایت ہی ابتدائی درجہ میں پیدا ہوتا ہے۔ اور اس لئے سلسلہ کے خط میں جبل یا اعصاب کا کچھ حصہ یا تو غائب ہوتا ہے یا ناقص طور پر نمویافتہ ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں عصبی عارضہ شدید درجہ کے گرزبا (club-foot) کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ اور بعض میں جوارح اسفل اور مثانہ اور معائے مستقیم کا کم و بیش مکمل شلل پایا جاتا ہے۔

• • •

•

•

•

•

صحت نامہ

صحیح	غلط	صفحہ	صفحہ	صحیح	غلط	صفحہ	صفحہ
ہوتی	ہوئی	۱۰	۴۳۹	(erectors)	erector	۲	۳۸۲
کبیر	اکبر	۱۰	۴۶۰	— زیرین حصہ	زیرین حصہ	۳	۳۸۶
یا	با	۱	۴۸۳	ضرر	ضرر	۲۰	۳۸۷
prenephric	prenepheic	۱۳	۴۸۸	طرف کو	طرف کو	۴	۳۸۹
منفرد	منفرد	۱۰	۴۹۵	متعلق درو	متعلق عدد	۵ تصدیق	۳۹۳
ہیں۔	ہے۔	۱۷	۵۰۹	ہیں۔	میں۔	۱۱	۳۹۷
صفاتی	صفاتی	۱۳	۵۱۹	اعصاب	اعصاب۔	۳	۳۹۸
عائہ	عائین	۱۷	۵۲۲	وزر متحدہ	وزر متحدہ کہ	۱۷	۴۰۰
اثرات	اثرات	۷	۵۲۸	لیجایا جاسکتا ہے۔	لیجایا جاسکتا ہے۔	۹	۴۱۲
کی منفعت	کا استعمال	۸	۵۳۱	(W. A. E.)	W. A. E.	۱۸	۴۱۵
گروہ	گروہ	۲۱	۵۳۹	Dunbari	Dunbar)	۴	۴۲۲
منحرجی	کلوکی	۲۱	۵۴۰	پہنچتا ہے۔	پہنچتا ہے۔	۶	۴۲۷
دروں بالید	دروں بالید	۱۳	۵۴۰	چلے جاتے ہیں	چلا جاتا ہے	۲	۴۲۸

صحیح	غلط	صحیح	غلط	صحیح	غلط	صحیح	غلط
Achillis	Achillis	۱۲	۶۶۱	ہوتی ہے۔	سے ہوتی ہے۔	۲۰	۵۴۳
Achillis	Archillis	۱۵	۶۶۲	نہیں۔	ہیں۔	۲۰	۵۴۴
کرتا ہے۔	کرتا ہے	۲۲	۶۶۶	شبکہ کے عناصر	شبکہ کا عناصر	۵۵۰	نصویر
دوسرے	بیرونی	۲۳	۶۶۷	عظیم	اعظیم	۲۱	۵۴۱
روح القدم	روح القدم	۶	۶۶۵	بھونکی	پھونکی	۱۱	۵۴۲
قسموں میں	قسموں میں	۱۳	۶۶۶	سوراخ	سٹاؤ	۲۳	۵۴۵
روح القدم مسطح	روح القدم	۲۰	۶۶۷	خطہ	خم	۱۳	۶۱۲
سلامیات	سلامیات	پیشانی	۶۸۲	ربہ	ابلہ	۲۴-۱۹	۶۱۸
حقیقی	حقیقی	۲-بیان	۶۸۵	مضبوطی	مضبوطی	۳	۶۱۸
کوخر	کوچر	۱۹	۶۹۲	خیاطیہ	خیاطیہ	۲۰	۶۳۱
(iliacus)	(iliacus)	۲۰	۶۹۲	(posterior)	(posterior)	۱۳	۶۲۳
analgesia	analgesis	۱	۶۱۲	چھوٹی	چھوٹا	۱۲	۶۲۸
حذف کر دیا	م۔ ف۔ ق۔ مؤخر	۳-بیان	۶۱۲	حرقہ	فخڑی	۳	۶۳۳
جائے۔	فوقانی شوکر۔			سیلیت	سیلیت	۴۳	۶۳۸
				(tertius)	(tertius)	۳	۶۵۸

صحت نامه

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۱	۱۲	— nerves of, 389	— muscles of, 379, 387
۳	۳۰	قنال مبرز	مبرز قنال
۶	۱۶	شبکی	شبکی
۸	۱۷	تشیت	تشیت
۸	۳۵	حالتیں	حالتیں
۱۴	۱۰	حلق	حلق
۲۷	۶	(نافذہ)	(نافذہ)
۴۲	۳۲	سباخ الاذن	سباخ الاذن
۴۳	۱۹	بناع	بناع
۵۰	۴	ضمیرہ	ضمیرہ
۵۷	۱۴	دیکھی	دیکھی
۶۲	۱۶	بیر	بیر
۷۷	۳۴	بطیبات	بطیبات

پوہنچے کا جوڑ	Wrist-joint, 330
پر کے خلوع	— dislocations at, 356
پر کے کسور	— fractures about, 354
کے حرکات	— movements of, 352
پو عضلی فعل	— muscular action on, 352
کی مضبوطی	— strength of, 351
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 344
کے زلا بی کہنے	— synovial cavities of, 356
کے ناچے اور غلاف	— sacs and sheaths of, 347
کے ارد گرد کے وتر	— tendons about, 345
کچ گردنی	Wry-neck, 190
خنجری قصبی مفصل	Xiphisternal joint, 235
لاشعاعی منظر نما می حفرہ کا	X-ray appearance of pituitary fossa, 47
امتحان پوہنچے کے ارد گرد	— examination in fractures about wrist, 355
کے کسور میں	— — in spinal injuries, 682
شوکی تضرعات میں	— — of appendix, 452
زائدہ کا	— — of bladder, 516
مثانہ کا	— — of caecum, 449
اعود کا	— — of dislocated knee, 615
خلوع کھٹھنے کا	— — of kidney and ureter, 479
گردہ اور حالب کا	— — of movements of barium-laden food, 452
بیر یم دار غذا کے حرکات کا	— — of positions of abdominal viscera, 423 427, 429
شکمی احشاء کے اوضاع کا	— — of tarsal bones, 661
تہارتی ہڈیوں کا	— — of temporal region of skull, 34
کھوپری کے مدغی خطہ کا	— — of thoracic viscera, 254
صدری احشاء کا	— — of tibia for impacted calculi, 189
حالب کا منفرد حصیات کے لئے	Y-shaped cartilage, 574
وائی کی شکل کی غضروفی	Zygoma as guide to structures, 34
وجنہ ساختوں کے دھما کے طور پر	— fracture of, 34
کا کسر	

فقري تنال كے خلاقى تشوهات	Vertebral canal, congenital malformation of, 698
كا سبالى حالمه	— fluid tumour of, 698
مى سے اعصاب كے نكلنے كے مقامات	— points of exit of nerves from, 674
عمود	— column, 672
(نيز ديكهو عمود فقري)	— (see also Spine)
مثنى مهبلى ناسور	Vesico-vaginal fistula, 539
احشائے شكى (ديكهو شك كے احشاء)	Viscera, abdominal (see Abdomen, viscera of)
حوضى كى تثبيت اور انكے حركات	— pelvic, fixation and movements of, 505
مدرى	— thoracic, 245
حشائى ردا	Visceral fascia, 501
شوكى مراکز	— spinal centres, 394
سپارے	— supports, 381, 426
استرخائے احشاء	Visceroptosis, 423, 445, 448
زرد پنى معوى قنات	Vitello-intestinal duct, 386, 443
زجاجى رطوبت	Vitreous humour, 81
”طبقة“	“— table,” 29
صوفى احيال	Vocal cords, 211
راحى عرواى	Volar arches, 339
ولكيمان كا وقف الدمى شلل اور تقيض	Volkman's ischaemic paralysis and contracture, 314, 332
قلته امعاء	Volvulus, 459, 464
تجے - شديد - شوكى ضربات مى	Vomiting, severe, in spinal injuries, 697
فرج	Vulva, 538
”سر بن بافنده“	“Weaver's bottom,” 561
وهارثن كى قنات	Wharton's duct, 167
داحس	Whitlow, 348
زبر ناخن اور زبر غلافى كے كهولنے مى	— subungual and thecal, difficulties in opening, 349
مشكلات	
ولس كا دائره	Willis, circle of, 56
عجىج كتف	Winged scapula, 273
ونسلو كا سوراخ	Winslow, foramen of, 122
وونگ كى قنات	Win-ung, duct of, 476
عقل ڈاڑھى	Wisdom teeth, 162
ولنى قنات	Wolffian duct, 541
اينسبات	— tubules, 541
ولف كا قانون	Wolff's law, 615
”بصارت الفاظ كا“ مرمر	“Word-seeing” centre, 51
ورمى هڈياں	Wormian bones, 16
پوهنجا	Wrist, 334

رحم	Uterus, 539
کی شریان	— artery of, 539
کے عروق لف	— lymphatics of, 540
مردانہ	— masculinus, 530
مہبل	Vagina, 539
کی چسپیدگیاں	— attachments of, 505
کے زخم	— wounds of, 530, 540
مہبلی قیلہ مثانیہ	Vaginal cystocele, 539
قیلہ معویہ	— enterocoele, 530
زائندہ غدیدیہ	— process, 397, 400, 401
مستقیمہ قیلہ	— rectocoele, 539
واسلوا کا طریقہ اذن وسطی کو منتفخ کرنے کا	Valsalva's method of inflating middle ear, 108
مصابغ گردن کی وریدوں کے اندر	Valves in veins of neck, 225
قیلہ دوا لیہ	Varicocoele, 537
دوالی نما وریدیں	Varicose veins, 537, 570
عرق غلطی	Vas aberrans, 503
قنات ناقطہ	— deferens, 536, 541
کا انشقاق	— — rupture of, 536
عروق قصیر	Vasa brevia, 436
قنوات بر آرنده	Vasa efferentia, 541
عرق حرکی نظام جارحہ اعلیٰ کا۔ اس کے اختلالات	Vaso-motor system of upper limb, disturbances of, 363
عضلہ وسیعہ	Vastus muscle, 592
واٹر کا انتفاخ	Vater, ampulla of, 471, 476, 477
وریدیں۔ ان میں ہوا	Veins, air, in, 225
وسیط۔ کھوپری کی	— emissary, of skull, 8
جالیفوس کی	— of Galen, 44
گردن کی۔ ان کے اندر کے مصابغ	— of neck, valves in, 225
(نہز دیکھو مختلف خطے)	— (see also various regions)
اجوی وریدیں	Venae cavae, 251
نقص کھوپری	Venesection at elbow, 311
وریدی اجوائی	Venous sinuses, 40
سلمات کھوپری کے	— tumours of skull, 9
طین حنجرہ کا	Ventricle of larynx, 252
بطیات جانبی	Ventricles, lateral, 52
قنرہ (دیکھو عمود فقری)	Vertebra (see Spine)
مرتفعہ	— prominens, 192
فاری شریان	Vertebral artery, 55
کی بندش	— — ligature of, 225

۷۶	اشاریہ	جراحی اصطلاح تشریح جلد اول و دوم
	سری ناسور	Umbilical fistula, 386
	قنق	— hernia, 411
	خط	— line, 426
	ناف (سره)	Umbilicus, 379, 385
	کالیٹی حلقہ	— fibrous ring of, 385
	حیدہ	Umbo, 100
	جارحہ اعلیٰ کی عصبی رسد	Upper limb, nerve supply of, 350
	یوریکس	Urachus, 385
	منفتح	— patent, 386
	حالب	Ureter, 484, 488, 521
	کاتمدد	— distension of, 488, 521
	مضاعف	— double, 484
	کاتنی	— kinking of, 484
	میں حرکت دودی	— peristalsis in, 489
	کانشقاق	— rupture of, 488
	کالا شعاعوں سے امتحان	— X-ray examination of, 480
	مباہل - زنانہ	Urethra, female, 530
	مردانہ	— male, 527
	اورسوزاک	— — and gonorrhoea, 529, 530
	کی قنال	— — canal of, 528
	ہیں قاسط پر گزارنا	— — catheterization of, 527
	کاخم	— — curve of, 527
	کامنقذ	— — meatus of, 529
	نمشانی	— — membranous, 512, 529
	کی غشائے مخاطی کامباہل بین سے امتحان	— — mucous membrane of, urethroscopic examination of, 530
	حوضی	— — pelvic, 527
	قفیجیہ	— — penile, 529
	عجانی	— — perineal, 527
	قدامی	— — prostatic, 527
	کانشقاق	— — rupture of, 530
	کانشقاقی تضیق	— — spasmodic stricture of, 529, 552
	کاعصرہ	— — sphincter of, 516, 527, 528
	کی عصبی رسد	— nerve supply of, 552
	مباہلی مثلث	Urethral triangle, 507, 511
	مباہل بین سے امتحان	Urethroscopic examination, 530
	پیشاب - وعابد - کامر	Urine, extravasated, course of, 382, 511, 512
	رجعی عجزی دہاٹات	Utero-sacral ligaments, 506

ورکی حدیبہ	Tuber ischii, 497, 556
سلحات۔ دہوی۔ چاندلی کے	Tumours, blood, of scalp, 13
صیوان الاذن پر	— on pinna, 98
دماغی کے لئے ترخان کرنا	— cerebral, trephining for, 27
سیالی۔ تنال قاری کے	— fluid, of vertebral canal, 898
دروں عیجری کے دور کو نے کے لئے کروٹلین	— intraorbital, Kronlein's route for re- moval of, 60
کا راستہ	— mediastinal, 255
منصی	— orbital, 60, 61, 65
مخجری	— parotid, 152
نسکئی	— phantom, 386
وہمی	— renal, 487
کلوی	— sacro-coccygeal, 502
عجری عصصی	— scapular, 275
سکئی	— tonsillar, 189
لوزی	— venous, of skull, 9
وریدی - کھوپری کے	Tunica abdominalis, 382
طبہ شکمی	— albuginea, 535
ایض	— vaginalis, 402, 534
قدیدہ	Turbinatæ bones and bodies, 116, 119, 121, 122
مفتول ہڈیاں اور اجسام	Tympanic cavity, 101
طبی کہفہ	— — — a litus of, 101
کا مدخل	— — — attic of, 102
کا علیہ	— — — floor of, 102
کا فرش	— — — walls of, 101
کی دیواریں	— — — (see also Middle ear)
(نیز دیکھو اذن وسطی)	— — — membrane, 98
غشا	— sinus (see Mastoid antrum)
جوہ (دیکھو حلی منہارہ)	Typhlitis, 449
التهاب اعور	Ulna, dislocation of, 316
زند کا خلع	— fracture of, 331, 332
کا کسر	— relations of, with radius, 328
کے تعلقات کمرہ کے ساتھ	Ulnar artery, 311, 327, 335
زندی شریان	— collateral artery, 300
مجانب شریان	— nerve, 300, 303, 313, 361, 371
عصب	— — — paralysis of, 373
کا شلل	— vein, 311
ورد	

لوزہ کی بیش پروش	Tonsil, hypertrophy of, 186
ہرے پن کا باعث	— — — causing deafness, 188
کوٹھوٹین کے حلقہ میں داخل کرنا	— engaging in ring of guillotine, 188
لسانی	— lingual, 173
لشکا کا	— Lasekha's 109, 184
کے لمبی غدد	— lymphatic glands of, 220
کی خبیث بالیدیں	— malignant growths of, 180
بلعومی	— pharyngeal, 109, 184
لوزی گوشہ	Tonsillar recess, 188
حنکی نرق	Torus palatinus, 179
قصیہ	Trachea, 208, 250
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 217, 250
کے زخم	— wounds of, 208
قصبہ شکافی	Tracheotomy, 213
مد پیپی	Trachoma, 88
جری عطافات	Traction diverticula, 221
نعل الدم	Transfusion, 311
عبرالبواب مستوی	Transpyloric plane, 380, 425
ردائے مستعرض	Transversalis fascia, 413
مستعرض عتقی شریان	Transverse cervical artery, 198
قوالون	— colon, 457
رہاٹ	— ligament, 639, 617
زائده اطلس کا	— process of atlas, 192
سانوس عمیق قعرہ کا	— — — of seventh cervical vertebra, 192
زوائد قطعی فورات کے	— processes of lumbar vertebrae, 677
عظم منجر فہ	Trapezium, 336
عضلہ منجر فہ کا شلل	Trapezius, paralysis of, 273
”پانہاد“ کرج پائی میں	“Tread” in talipes, 657
کھوہری پرترفان کرنا	Trephining skull, 22
میں چاندلی کا دامن	— — — scalp-flap in, 22
کے لئے مقامات	— — — sites for, 23
کے لئے سطحی ترسیمیں	— — — surface marking for, 23
مثلث رہاٹ	Triangular ligament, 512
ثلاثی توامی عصب (دیکھو پانچواں عصب)	Trigeminal nerve (see Fifth nerve)
”لہلیی ازبکی“	“Trigger-finger,” 346
سہ پایگی	Tripodism, 502
فک بستگی	Trisum, 161
طروخا عظیم	Trochanter, great, 554

دوق جسم قصبہ شکافی میں	Thyroid body in tracheotomy, 215
کی خاٹنا	—— isthmus of, 213, 219
کے عروق لف	—— lymphatics of, 220
کے عروق حری اعصاب	—— vaso-motor nerves of, 220
غضروف	—— cartilage, 210
دویرے۔ خلقی	—— cysts, congenital, 170
خلع	—— dislocation, 585, 586
زیر ترین دوق شریان	Thyroiden ima artery, 220
درقیہ شکافی	Thyrotomy, 213
قصبیہ	Tibia, 625
اور شظیہ کے کسور	—— and fibula, fractures of, 630
سے عظمی پیوند	—— bone-grafts from, 633
کا پر بالہ	—— epiphysis of, 622
کے کسور۔ زیرین سرے کے	—— fractures of lower end of, 631
بالائی سرے کے	—— of upper end of, 620
کاتظم	—— ossification of, 620
پر کساحت کا اثر	—— rickets affecting, 632
قصبی شریانیں	Tibial arteries, 636, 644
عصب	—— nerve, 620, 636, 670
شو کہ	—— spine, 618
قصبیہ مادہ کا وزن	Tibialis anticus tendon, 635, 643
موخر کا وتر	—— posticus tendon, 636, 643
قصبی فخذی زاویہ	Tibio-femoral angle, 614
قصبی شظوی ربطات	Tibio fibular ligaments, 647
پاؤں کے انگوٹھے کا خلع	Toe, great, dislocation of, 662
زبان	Tongue, 170
کے معین غدہ	—— accessory glands of, 175
کی رسد خون	—— blood supply of, 171
کاسرطان	—— cancer of, 173
کے خلقی نقائص	—— congenital defects of, 171
کاسر حلقہ	—— epithelium of, 171
کاستیصال	—— excision of, 176
کے انبی غدہ اور عروق	—— lymphatic glands and vessels of, 173, 220
میں لف آسافات	—— lymphoid tissue in, 173
کے اعصاب	—— nerves of, 172
عقدۃ اللسان	Tongue-tie, 171
لوزہ	Tonsil, 86
کی رسد خون	—— blood supply of, 189

دان	Thigh, 592
کا بتر	— amputation of, 598
کولے کے جوڑ پر	— at hip-joint, 590
کے عروق خون	— blood-vessels of, 566, 569, 570
کی ردا	— fascia of, 594
کا کسر	— fracture of, 595
کے بعد چار حصہ کا قصر	— shortening of limb after, 597
کے عضلات	— muscles of, 591, 592, 594
کا انشقاق	— rupture of, 594
کے اعصاب	— nerves of, 591, 593, 598
کی جلد	— skin of, 593
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 592
تیسرے عصب کا شلل	Third nerve, paralysis of, 86
مدری قنات	Thoracic duct, 229, 256, 494
اور سرطان انتشار	— and cancer dissemination, 257
تدریجی سرانٹ کیلئے امکانی جہری کی	— as a possible channel for tuberculous infection, 256
حیثیت سے	— nerves, 389
اعصاب	— rib, first, 207
پسلی پچی	Thoracoplasty, 239
تکوین الصدر	Thorax, 233
مدر	— deformities of, 233
کی بد شکلیاں	— paracentesis of, 238
کا بزل	— viscera, of, 245
کے احشاء	— X-ray examination of, 254
کا لاشعاعوں سے امتحان	— walls of, 233
کی دیواریں	— wounds of, 247
کے زخم	Throat, cut, 207
کلوریدگی	Thumb, dislocation of, 357
انگوٹھے کا خلع	Thymus, 215, 256
تیموسیمہ	Thyro-glossal duct, 219
درقی لسانی قنات	Thyro-hyoid space, wounds across, 208
درقی لامی فضا کو عبور کرنے والے زخم	Thyroid artery, inferior, 220
درقی شریان تحتانی	— superior, 196, 220
فوقانی	— body, 217
جسم	— accessory glands of, 219
کے معین غدد	— atrophy of, 219
کا ذبول	— blood supply of, 220
کی رسد خون	— development of, 219
کا نمو	— enlargement of, 217
کی کلانی	

آنسوؤں کا غیر طبعی پیش بہاؤ	Tears, abnormal overflow of, 90
کا مہر اور ان کا افراز	— course and secretion of, 89
دانت - عارضی اور مستقل	Teeth, temporary and permanent, 161, 163
اور جو فیضی خراج	— alveolar abscess and, 162
کامبو	— development of, 163
کی ساخت	— structure of, 162
حلق ڈاڑھیں	— wisdom, 162
غطائے طبعی	Tegmen tympani, 101
کے لیول کو ظاہر کرنے کا طریقہ	— — level of, indicating, 24
مدغی تلفیف - تحتانی	Temporal convolution, inferior, 52
در پیمہ (ناقدہ)	— fenestra, 35, 36
نلتہ	— lobe, 48
خطہ	— region, 5 34
مدغی فکی مفصل	Temporo-maxillary articulation, 157
پر کا خلع	— — dislocation at, 157
کے حرکات	— — movements of, 157
کا جروی خلع	— — subluxation of, 158
مدغی وتدی نلتہ	Temporo-sphenoidal lobe, 24, 138
وتر اخیلی	Tendo Achillis, 628, 635, 643
حقیقہ (دیکھو وتر اخیلی)	— calcaneus (see Tendo Achillis)
الین	— oculi, 90
ٹین کا سیسہ	Tenon, capsule of, 62
ناشرہ خنکیہ	Tensor palati, 180, 182
جفن	— tarsi, 90
خصیہ	Testicle, 534
کانرول	— descent of, 401, 534
پر کا لیفی طبقہ	— fibrous tunic of, 535
فخذی مثلث میں	— in femoral triangle, 567
کا التهاب	— inflammation of, 535
کی دونوں گردش	— inversion of, 535
کے عروق لف	— lymphatics of, 535
کی ماساریقا	— mesentery of, 534
کی عصبی رسد	— nerve supply of, 536, 553
محبوس	— retained, 534
خنقوک	— strangulated, 534
کا تلوئی	— torsion of, 534
غلافی خراج	Thecal abscess, 348
قرازا ابہام	Thenar eminence, 336, 374

اتحاد عظمی کھوپڑی کا	Synostosis of skull, 28
ذلابی کھپے پاؤں کے	Synovial cavities of foot, 663
ہاتھ کے	— of hand, 356
خشا کھٹنے کے جوڑ کی	— membrane of knee-joint, 609
تاچہ جان ہاتھ کے	— sacs of hand, 346
غلاری ٹٹنے کے	— sheaths of ankle, 640
ہاتھ کے	— of hand, 347, 350
ذلابی التهاب کولے کے جوڑ میں	Synovitis in hip-joint, 575
کھٹنے کے جوڑ میں	— in knee-joint, 611
آتشک موروثی	Syphilis, inherited, 18
کھنٹی ہی قبلہ	Syringo-myelocoele, 698
تشریحی مسقط	Tabatiere anatomique, 339
قولون کے قورات	Tæniae of colon, 455
ٹیگلیاکوزی کا عملیہ	Tagliacozzi's operation, 301
حقبی دوح القدم	Talipes calcaneo-valgus, 655
حقبی قدع القدم	— calcaneo-varus, 655
حقبی کچیاٹی	— calcaneus, 655, 657
فرسی دوح القدم	— equino-valgus, 654, 655
فرسی قدع القدم	— equino-varus, 654, 655
فرسی کچیاٹی	— equinus, 655, 657
کچیاٹی کے مخلوط اقسام	— mixed forms of, 657
دوح القدم	— valgus, 656, 657
قدع القدم	— varus, 656, 657
ٹالما ماریسن کا عملیہ	Talma-Morrison operation, 494
مرمہ	— modified, 389
عرقوب کا خلع	Talus, dislocation of, 651
کا کسر	— fracture of, 661
جارتی ہڈیاں	Tarsal bones, 661
ان کے کسور	— fractures of, 661
ان کا تعظم	— ossification of, 662
غھرونی البغنی قدع	— glands, 85, 87
صفحہ	— plate, 85
جمارہ برآی	Tarsectomy, 657
جمارہ (دیکھو جارتی ہڈیاں)	Tarsus (see Tarsal bones)
ٹیل کا عملیہ التصاق الجفن کے ٹیم	Teale's operation for symblepharon, 87

فوق ترقوی اعصاب	Supraclavicular nerves, 263
فوق قندالی زائده	Supracondyloid process, 304, 312
فوق مرقی غدہ	Supracubital gland, 312
فوق لامی لئی غدہ	Suprahyoid lymphatic glands, 227
فوق حرفی مثلث	Supra-iliac triangle, 380, 416
فوق منغذ شوکہ ہینلے کا	Suprameatal spine of Henle, 94
مثلث مکیون کی	— triangle of Macewen, 95, 106
فوق مجبزی سوراخ	Supraorbital foramen, 139
فوق بلب عروق	Suprapancreatic lymphatics, 439
فوق حانی حصات شکافی	Suprapubic lithotomy, 514
فوق کلوی شریان	Suprarenal artery, 381
اجسام	— bodies, 487
کا اندرونی افراز	— — internal secretion of, 487
فوق ستنی شریان	Suprascapular artery, 198
سٹاؤ	— notch, 275
تعلیقی رباط پیری کا	Suspensory ligament of Berry, 218
مقلہ کا	— — of eyeball, 63
عدسہ کا	— — of lens, 79
حوضی احشاء کا	— — of pelvic viscera, 504
”تعلیقی رباطات“ ایسٹلے کوپر کے	“Suspensory ligaments” of Astely Cooper, 240
دعام عرقوب	Sustentaculum tali, 634
کا کسر	— — fracture of, 661
دردی ہڈیاں	Sutural bones, 16
دردیں کھوپڑی کی	Sutures of skull, 15
ان کا بند ہونا	— — closure of, 28
ان کی علحدگی	— — separation of, 34
انجیریہ پیوٹوں کا	Sycosis of eyelids, 86
سلویٹس کی سطحی ورید	Sylvian vein, superficial, 58
کا شقاق	Sylvius, fissure of, 49
التصاق الجفن	Symblepharon, 87, 88
سائم کا بر ٹخنے پر سے	Syme's amputation at ankle, 663
مشارکی حبل کے عتی حصہ کی چوٹ	Sympathetic cord, cervical part of, injury to, 226
ومد	— ophthalmia, 79
درد (دیکھو بعید درد)	— pains (see Referred pains)
ارتفاق خانہ کی ہڈیوں کی علحدگی	Symphysis pubis, separation of bones of, 500
التصاقات قرحیہ	Synechia, 73

زیر ترقوی خلع ذراعیہ کا	Subclavicular dislocation of humerus, 289
زیر ترقوی عضلہ	Subclavius muscle, 263
زیر غروی خلع ذراعیہ کا	Subcoracoid dislocation of humerus, 289, 291
کی کوخرکی ترجیح	————— Kocher's reduction of, 294
زیر جلدی بافت پیوٹوں کی	Subcutaneous tissue of eyelids, 86
چاندلی کی	————— of scalp, 2
زیر جافی فضا	Subdural space, 41, 686
زیر وقبی خلع ذراعیہ کا	Subglenoid dislocation of humerus, 289, 293
زیر لسانی درجہ	Sublingual bursa, 169
غده	———— gland, 168
زیر چانوی قنات	Submandibular duct, 167
غدد	———— glands, 168, 227, 229
زیر یاریطونی اتصالی بافت	Subperitoneal connective tissue, 387
زیر یوئی عروق ام	Subpyloric lymphatics, 436
زیر کٹنی شریان	Subscapular artery, 262
درجہ	———— bursa, 286
غدد	———— glands, 244
زیر کٹنی عضلہ	Subscapularis muscle, 262
زیر مصلی بافت حوض کی	Subserous tissue of pelvis, 506
زیر شوکی خلع ذراعیہ کا	Subspinous dislocation of humerus, 289, 293
تحت صدغی ازالہ و خفطہ	Subtemporal decompression, 6
سطحی عقی غدد	Superficial cervical glands, 227, 229
اعصاب	———— nerves, 198
بر معدی ورید	———— epigastric vein, 381
حس پذیری کے اعصاب	———— sensibility, nerves of, 362
فوقانی الوی شریان	Superior gluteal artery, 555
طولی جوی	———— longitudinal sinus, 40
ماسارینی شریان	———— mesenteric artery, 381
خدرہ	———— plexus, 491
صدغی تلفیف	———— temporal convolution, 50
دری شریان	———— thyroid artery, 196, 220
ورید اچوی	———— vena cava, 252
مستزاد اذینات	Supernumerary auricles, 93, 232
پستانیں	———— mammae, 245
فیڈی مثلث میں	———— in femoral triangle, 567
حلیہ	———— nipples, 245, 567
سطح	Supination, 329
تقیح (دیکھو خراج)	Suppuration (see Abscess)
شوالپ کی فوق مشیمیئی لمی فضا	Suprachoroid lymphatic space of Schwalbe,

قص	Sternum, 235
کی بوسیدگی	— caries of, 236
کا خلع	— dislocation of, 235
کا کاٹنا	— division of, 236
کا کسر	— fracture of, 235
کا صفیتی گرد عظمی التهاب	— gummatous periostitis of, 236
میں سوراخ	— holes in, 236
سٹوکس گریٹی کا قندالی عملیہ	Stokes-Gritti condylar operation, 624
معدہ	Stomach, 431
میں ہوا	— air in, 434
کی دسد خون	— blood supply of, 436
کا سرطان	— cancer of, 257
کے انقباضات	— contractions of, 434
کا اتساع	— dilatation of, 432
کے ناسور	— fistulae of, 438
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 433
کے عروق لف	— lymphatics of, 435
پر عملیہ جات	— operations on, 438
کا استرخاء	— ptosis of, 432
کے تعلقات	— relations of, 431
کی شکل	— shape of, 433
کے قروح	— ulcers of, 431
کے زخم	— wounds of, 437
سنگ (دیکھو حصہ)	Stone (see Calculus)
سٹواین کا اشراب زیر حنکبوتی فضا میں	Stovaine, injection of, into subarachnoid space, 688
حول العین	Strabismus, 63, 64
خنوق رودہ	Strangulated bowel, 444
قق	— hernia, 460
خصیہ	— testicle, 534
مبال کا تضیق - شنجی	Stricture of urethra, spasmodic, 529, 552
ابری چانوی دباؤ	Stylo-mandibular ligament, 202
زیر اسکرومی درجہ	Subacromial bursa, 286
زیر حنکبوتی فضا	Subarachnoid space, 42, 686
میں سٹواین وغیرہ کا اشراب	— injection of stovaine, etc., into, 688
زیر عروق بتور	Subastragaloid amputations, 666
خلع پاؤں کے	— dislocations of foot, 651
جوڑ	— joints, 654
زیر ترقوی شریان	Subclavian artery, 196, 200, 262, 263
وید	— vein, 198, 225

عود قاری کیسے سیدھا قائم رہتا ہے	Spine, how maintained erect, 674
کا آسنم	—kyphosis of, 234
کے حرکات	—movements of, 673
شیر خواد پیچہ کا	—of infant, 673
عانی	—pubic, 379
کے ورقہ جات کا جڑوی استیصال	—resection of laminae of, 682
کا التوا	—scoliosis of, 234, 675
کی موچیں	—sprains of, 676
عظم حرقی کے شوکے - مقدم فوقانی اور	Spines of ilium, anterior superior and posterior superior, 380, 554
موخر فوقانی	
شوکے سری خط	Spino-umbilical line, 426
شوکے زوائد کا کسر	Spinous processes, fracture of, 682
لولی (مرغولہ نما) کسود	Spiral fractures, 596, 631
روح القدم مسطح	Splay-foot, 657
طحال	Spleen, 473
کا کیسہ	—capsule of, 475
کلائی یاقتہ	—enlarged, 475
سائب	—floating, 474
کے تضمرات	—injuries to, 475
کے تعلقات	—relations of, 474
کا انشقاق	—rupture of, 475
طحال پر آری	Splenectomy, 474, 475
طحالی شریان	Splenic artery, 474
موچیں (دیکھو مختلف جوڑ)	Sprains (see the various joints)
ٹلسانی	Squamosal, 105
ٹلسانی درز	Squamous suture, 16
رکیب	Stapes, 101
حالت لغیہ	Status lymphaticus, 256
سٹینسن کی قنات	Stenson's duct, 152
ٹمی مفصل غضروفی	Sternal synchondrosis, 235
ٹمی ترقوی مفصل	Sterno-clavicular joint, 269
کا مرض	—disease of, 270
کے خلوع	—dislocations of, 270
کے حرکات	—movements of, 269
ٹمی سینٹی خط	Sterno-ensiform line, 423
نقطہ	—point, 251, 380, 423
ٹمی یدی نقطہ	Sterno-manubrial point, 251
عضلہ قصبہ حلیہ	Sterno-mastoid muscle, 193, 199
ٹمی خنجرئی نقطہ	Sterno-xiphoid point, 251, 380, 423

شوکی مراکز جارجہ اسفل کے جلدی دقبہ جات کے لئے	Spinal centres for skin areas of lower extre- mity, 666, 671
حبل	— cord, 684
کی رسد خون	— — blood supply of, 686
کا ارتجاج	— — concussion of, 691
کا کچلا جانا	— — crushing of, 692
کے تغیر کی وجہ سے حرکت اور حس کا فقدان	— — loss of motion and sensation due to injury of, 695
پر دباؤ کے اثرات	— — pressure effects on, 693
کی محافظت	— — protection of, 678
کے کچوکے دار زخم	— — punctured wounds of, 200, 690
کے قطععات (دیکھو شوکی مراکز)	— — segments of (see Spinal centres)
ام جافہ	— duramater, 684, 685
تفہرات اور تبرز	— — injuries and defæcation, 697
اور تبول	— — and micturition, 696
اور تنفس	— — and respiration, 695
اور قے	— — and vomiting, 697
اسجیہ	— meninges, 684, 685
التهاب سحایہ	— meningitis, 685
سحائی قیلہ	— meningocele, 698
سحائی لبی قیلہ	— meningo-myelocoele, 698
عضلات	— muscles, 674
عصب - پانیوواں - اسکے اثرات کے اثرات	— nerve, fifth, effects injury to, 363
اعصاب شکم کے	— nerves of abdomen, 389
جارجہ اسفل کے	— — of lower limb, 606
کے نکلنے کے مقامات قری قنال سے	— — points of exit of, from vertebral canal, 694
کے پیدا ہونے کے مقامات	— — — of origin of, 694
مہداریشوں کا جارجہ اعلیٰ کے اعصاب میں	— origin of fibres in nerves of upper limb, 364
ام حنونہ	— pia mater, 69
عمود قری یا شوکہ	Spine, 672
کی بوسیدگی	— caries of, 223, 683
کے خم	— curves of, 672
کے خلوع	— dislocations of, 677
کے کسری خلوع	— fracture-dislocations of, 680
کے کسور	— fractures of, 677
کے وظائف	— functions of, 672

کھوپری کی دہاڑت	Skull, thickness of, 18, 23
میں ترقان کرنا	— trephining, 22
کے وریدی سلعات	— venous tumours of, 9
کی چوٹ کو اقل بنانے والی تشریحی حالتیں	— violence applied to, anatomical conditions minimizing, 28
کی ورمی ہڈیاں	— Wormian bones of, 16
آستین نما استیصال جروی	Sleeve resection, 439
سمتھ (سٹیفن) کا عملیہ	Smith's (Stephen) operation, 621
انگشت "سگریٹکی"	"Snap" finger, 346
"تاس دانی"	"Snuff-box," 339
حنك الرفو	Soft palate, 180
کی رسد خون	— — — blood supply of, 182
کے عضلات	— — — muscles of, 180, 182
کے اعصاب	— — — — nerves of, 182
شمسی ضمیرہ	Solar plexus, 490
تلوے کی جلد سے وضعی معکوسات	Sole, skin of, postural reflexes from, 637
عضلہ سکیہ	Soleus muscle, 627, 628
بدنی شوکی مراکز	Somatic spinal centres, 394
شولب کی فوق مشیمیٹی لمبی فضا	Space of Schwalbe, suprachoroid lymphatic, 72
فضائیں فاشانا کی	Spaces of Fontana, 82, 83, 84
تشنجی تضیق	Spasmodic stricture, 529, 552
تکلم کے لئے حرکی مرکز	Speech, motor centre for, 50
سپنس کا برہ گندھے کے جوڑ پر	Spence's amputation at shoulder-joint, 297
منوی حبل	Spermatic cord, 536
کی شر بانیں	— — — arteries of, 537
وریدیں	— — — veins, 537
وتدی جوف	Sphenoidal sinus, 37, 128
وتدی حنکی عقدہ	Spheno-palatine ganglion, 36, 139
عاصرہ مبرزى	Sphincter ani, 549
مہالی	— — — urethra, 516, 527, 528, 529
عاصرہ نقاط غذائی قنال کے	Sphincteric points of alimentary canal, 427
شو کہ مشقوقہ	Spina bifida, 698
شوکی (نفاذی) معن عصب	Spinal accessory nerve, 196
بے حس درد	— — — analgesia, 688
عنبوتیہ	— — — arachnoid, 684, 686
مراکز شکمی احشا کے لئے	— — — — — centres for abdominal viscera, 394
دواد کے لئے	— — — — — wall, 389, 393

جوف جانبی	Sinus, lateral, 40
فکی	— maxillary, 129
وتدی	— sphenoidal, 37, 128
فوقانی طولی	— superior longitudinal, 40
اجوائی انی	Sinuses, nasal, 123
کے عروق لاف	— — lymphatics of, 131
وردی	— venous, 40
چھٹا عصب - اس کا شل	Sixth nerve, paralysis of, 67
کھوپری	Skull, 13
کی غیر طبیعی حالتیں	— abnormalities of, 19
بوقت پیدائش	— at birth, 18, 20
کی عظمی عروابی چھت	— bony vault of, 14
پر عملیہ	— — — operation on, 22
کے مشمولات	— contents of, 28
کی بد شکلیاں	— deformities of, 19
کا نمو	— development of, 19
کی وسیط وریدیں	— emissary veins of, 8
کی بر پریزی ہڈی	— epipteric bone of, 16
کے یاغوخات	— fontanelles of, 17
کے کسور	— fractures of, 27
قاعدہ کے	— — base of, 31
کا میکانیہ	— — — mechanics of, 28
عرواب کے	— — — vault of, 30
مورکب	— — — compound, 33
کی سختی اور لک	— hardness and elasticity of, 14
کے سرین نما ارتفاعات	— natiform elevations of, 19
کا تنخر	— necrosis of, 21
شیر خوار پیہ کی	— of infant, 15
کے جداری شقاقت	— parietal fissures, of, 21
کے ستون	— pillars of, 28
کے نرم حصے جن سے یہ ڈھکی ہوتی ہے	— soft parts covering, 1
کے سطحی نقاط	— surface-points of, 34
کی درزی ہڈیاں	— sutural bones of, 16
کی درزیں	— sutures of, 15
ان کا بند ہونا	— — — closure of, 28
ان کی علحدگی	— — — separation of, 34
کے مدغی خطہ کا لاشعاعی امتحان	— temporal region of, X-ray examination of, 34

نیم غشائی عضلہ کا وتر	Semimembranosus tendon, 601
عضلہ شوکیہ نصفیہ	Semispinalis muscle, 674
نیم وتری عضلہ کا وتر	Semitendinosus tendon, 601
حسی حرکی وقبہ جات ہیچے کے	Sensori-motor areas of brain, 52
حسی وقبہ جات ہیچے کے	Sensory areas of brain, 52, 55
عصب کے کاٹنے کے اثرات	— nerve, effects following section of, 142
کے ریشہ جات کے تین اقسام	— — — fibres, three kinds of, 143
شلل جبل کے تضرعات میں	— paralysis in injuries to cord, 695
فاصل ناک کا	Septum of nose, 119
سمسمائی ہڈیاں	Sesamoid bones, 634
ساتواں عصب	Seventh nerve, 147
دور قصیر بنانا	Short circuiting, 447, 463
سکندھا	Shoulder, 258
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 258
سکندھے کا جوڑ یا سکندھے کے جوڑ	Shoulder-joint, 285
پڑ سے ایر	— amputation at, 297
کا سپنس کا طریقہ	— — — Spence's method of, 297
کی چسائے	— ankylosis of, 273
کے ارد گرد کی درجکیں	— bursa about, 286
کا کیسہ	— capsule of, 286
کا مرض	— disease of, 287
کا خلع	— dislocation of, 287
کے مشترک خصائص	— — — common features of, 289, 290
انتصابی	— — — luxatio erecta, 289
زیر ترقوی	— — — subclavicular, 289
زیر غرابی	— — — subcoracoid, 289, 293
زیر وقبی	— — — subglenoid, 289, 293
زیر شوکی	— — — subspinous, 289, 293
کی زلابی غشا میں سے عطفات	— diverticula from synovial membrane of, 288
کے ارد گرد کے کسود	— fractures about, 294
سپسن کی ردا	Hibson's fascia, 204
سکنا نما فتق	Sigmoid hernia, 460
چنبر	— loop, 450
فولون کی ماساریقا	— mesocolon, 459
سنگانما بینی	Sigmoidoscopy, 544
جوفی - کہنکی	Sinus, cavernous, 41
جہی	— frontal, 125

سفینیہ	Scaphoid, 634
کا کسر	— fracture of, 356
کا تعظم	— ossification of, 662
کتف	Scapula, 258, 260, 272
اور دیلہ کے لئے علیہ	— and operation for empyema, 260
کا استیصال	— excision of, 275
کا کسر	— fracture of, 274
کے جسم کا	— — of body of, 275
جراحی عنق میں سے	— — through surgical neck of, 275
کے حرکات	— movements of, 273
کے سلامات	— tumours of, 275
کی ”جناحیت“	— “winging” of, 274
سکارپا کی ردا	Scarp's fascia, 407
کی مثلث (دیکھو فخذی مثلث)	— triangle (see Femoral triangle)
شلم کی قنال	Schlemm, canal of, 82
نسائی شریان	Sciatic artery, 562
قتق	— hernia, 411
عصب عظیم	— nerve, great, 556, 562, 563, 669
کا اشراپ	— — — injection of, 564
کے تعلقات	— — — relations of, 562
کا اطباب	— — — stretching of, 563
صفیر	— — — small, 551, 552
کٹاؤ کے اندر خلع	— notch, dislocation into, 585, 587
عرق النساء	Sciatica, 562
صلبیہ	Sclera, 71
التوا	Scoliosis, 234, 675
صفن	Scrotum, 533
کے عروق لف	— lymphatics of, 535
کا تہیج	— edema of, 534
کے اساریر	— rugae of, 533
کی جلد	— skin of, 533
کے اعصاب	— — nerves of, 532
کی زیر جلدی بافت	— subcutaneous tissue of, 533
دھنی سلامات چاندلی کے	Sebaceous tumours of scalp, 2
نیم دائری قنال - خارجی	Semiclecular canal, external, 103
نیم قمری غفروقات	Semilunar cartilages, 600
کا خلع	— — — dislocation of, 612
کا میکانیہ	— — — mechanics of, 612
عقدہ (دیکھو عقدہ گیسری)	— — ganglion (see Gasarian ganglion)

عجری حرقی جوڑ	Sacro-iliac joint, 500
تک رسائی	—— access to, 501
مرض میں درد پدید	—— disease of, referred pains in, 501
کے عصبی تعلقات	—— nerve relations of, 501
عجری نسائی سوداخ	Sacro-sciatic foramen, 504
عجڑ کا خلع	Sacrum, dislocation of, 502
سیمی یا فوخ	Sagittal fontanelle, 21
ریتی ناسور	Salivary fistula, 153
سینٹورین کی ثنات	Santroini, duet of, 476
کے شکافات	—— fissures of, 96, 149
صافی عصب۔ طویل	Saphenous nerve, long, 593
فتحہ	—— opening, 406, 566
وریدیں	—— veins, 570, 571, 593, 606
لجی سلمی سمدانہ ناک کا	Sarcomatous polyp of nose, 123
عضلہ خیاطیہ	Sartorius muscle, 565, 568, 592
کا خلع	—— dislocation of, 595
عضلات غتاف الاضلاع	Scalene muscles, 194
جا ندلی	Scalp, 1
کا خراج	—— abscess of, 12
کے سلعات خون	—— blood tumours of, 13
کے عروق خون	—— blood-vessels of, 6
کی اتصالی بافت	—— connective tissue of, 4
ذیر و جمجمی	—— subepicranial, 3, 4
کے دویرے	—— cysts of, 2
کا خطر ناک رقبہ	—— dangerous area of, 4
کا سرخ بارہ	—— erysipelas of, 6
کی ردا	—— fascia of, 8
کی شحمی بافت	—— fatty tissue of, 3
کا دامن ترقان کرے میں	—— flap of, in trephining, 7, 22, 27
کے دموی سلعات	—— haematomata of, 13
کے لمبی غدد اور عروق	—— lymphatic glands and vessels of, 10, 227
کے اعصاب	—— nerves of, 10
کے دھنی سلعات	—— sebaceous tumours of, 2
کی جلد	—— skin of, 2
کی ذیر جلدی بافت	—— subcutaneous tissue of, 2
میں نتیج	—— suppuration in, 12
کا صدغی خطہ	—— temporal region of, 5
کی عرقیت	—— vascularity of, 7
کے زخم	—— wounds of, 11
ان سے جریان خون	—— bleeding from, 7

شبکیہ	Retina, 80
کے عروق	— vessels of, 75
پس اعوری حفرہ	Retrocaecal fossa, 453
پس عارضی رقبہ	Retromalar area, 35
پس عجزی شحم	Retro-orbital fat, 60
پس ہادیطونی قتن	Retroperitoneal hernia, 446
پس بلعومی خراج	Retropharyngeal abscess, 149, 185, 203
پس خانی خراج	Retropubic abscess, 517
فضا	— space, 517
ریشز ہشس کا سوراخ	Retzius, foramen of, 44
ترقیع لائف	Rhinoplasty, 6, 112
انف بینی - مقدم	Rhinocopy, anterior, 115
موخر	— posterior, 115
پسلیاں - پسلیوں	Ribs, 230, 350
حنقی	— cervical, 204
پر کساحت کا اثر	— effect of rickets on, 238
کاسٹیسال	— excision of, 239
کے کسور	— fractures of, 237
کساحت کا اثر - حوض پر	Rickets, effect of, on pelvis, 498
پسلیوں پر	— — on ribs, 238
کھوپری پر	— — on skull, 18
قصیہ پر	— — on tibia, 632
کساحتی حوض	Rickety pelvis, 498
” سبجہ “	— — rosary, 238
عظم الراكب	Rider's bone, 569
سوادوں کی موجیں	— sprains, 569
ریڈل کا لختہ	Riedel's lobe, 467
قنحۃ الزمار	Rima glottidis, 192, 211
ریوینی کا کٹاؤ	Rivini, notch of, 98
رولینڈو کا شقاق	Rolando, fissure of, 20, 49, 53
رنتی شعاعیں (دیکھو لاشعاعوں سے امتحان)	Rontgen rays (see X-ray examination)
روز نملر کا حفرہ	Rosenmuller's fossa of, 109
عضلات مدورہ شوکیہ	Rotatores spinæ muscles, 674
روح کا عملیہ	Rouge's operation, 115
تاجک دار مٹانہ	Sacculated bladder, 521
تعجز	Sacralization, 677
عجزی عصبی جوڑ کا خلع	Sacro-coccygeal joint, dislocation of, 502
سلمات	— — tumours, 502

معائے مستقیم کا خلقی فقدان	Rectum, congenital absence of, 461
کا نقص	— — — — — deficiency of, 461
کے تشوہات	— — — — — malformations of, 530
کا تمدد فوق حافی حصاء شکافی میں	— — — — — distension of, in suprapubic lithotomy, 544
کی تقسیم دو حصوں میں	— — — — — division of, into two parts, 544
کا استیصال	— — — — — excision of, 543
میں سے غدہ قدامیہ وغیرہ کا استقصاء	— — — — — exploring prostate, etc, through, 543
کے شکن	— — — — — folds of, 545
میں اجسام غریبہ	— — — — — foreign bodies in, 544
عورت میں	— — — — — in female, 544
شیرخوار بچہ میں	— — — — — in infant, 461
کے عروق لمفہ	— — — — — lymphatics of, 546
کی غشائے مخاطی	— — — — — mucous membrane of, 545
کی عصبی رسد	— — — — — nerve supply of, 547, 551
جزوی استیصال	— — — — — resection of, 547
کی مصلی غشا	— — — — — serous membrane of, 545
کے مصاریع	— — — — — valves of, 545
کے عروق	— — — — — vessels of, 546
مستقیمہ بطنیہ	Rectus abdominis muscle, 378, 386
فخذیہ	— — — — — femoris muscle, 592
باز گردنہ جری عصب	Recurrent laryngeal nerve, 217
درد بعید	Referred pain, 160, 250, 388, 393, 491, 501, 630, 646
مفکوس انقباض کسر سے	Reflex contraction from fracture, 306
احشائی مرض سے	— — — — — from visceral disease, 387
رہل کا قاعدی خط	Reid's base line, 25
کلوی خراج	Renal abscess, 482
شریان	— — — — — artery, 381
حصیات	— — — — — calculi, 488
حوض	— — — — — pelvis, 479, 488
نفیہ	— — — — — plexus, 553
سلعات	— — — — — tumours, 487
(نیز دیکھو گردہ)	— — — — — (see also Kidney)
تنفس حدود قری کی چوٹوں میں	Respiration in spinal injuries, 695
تنفسی ورزشیں وضعی نوائیں میں	Respiratory exercises in postural defects, 675
حرکات جیسا کہ لاشعاعوں سے ظاہر ہوتی ہیں	— — — — — movements as shown by X-rays, 254
شبکہ خصیہ	Rete testis, 511

بوابی ضیق	Pyloric stenosis, 433
بواب	Pylorus, 432, 433
کا سرطان	— cancer of, 477
ناشیاتی نما حفرہ	Pyriform forna, 210
عضلہ قطنیہ مربعہ	Quadratus lumborum muscle, 674
ذو اربعۃ الرؤس کے وتر کا انشقاق	Quadriceps, tendon of, rupture of, 505
عاذور تک رسائی	Quinsy, access to, 188
کعبری شریان	Radial artery, 327, 330, 351
عصب	— nerve, 304, 305, 325, 361, 364, 365
کا شلل	— — — paralysis of, 504, 308, 370
اپری زائد ے	— styloid processes, 336, 355
کلی علاج ادبی قیق کا	Radical cure of inguinal hernia, 405
کعبری رسی جوڑ	Radio-carpal joint, 336, 352
شعاعی تشخیص (دیکھی لاشعاعی امتحان)	Radio-diagnosis (see X-ray examination)
کعبری ذراعیتی جوڑ	Radio-humeral joint, 300
کعبرہ کا خلع	Radius, dislocation of, 317
کے کسور	— fractures of, 323, 331
کے تعلقات زند کے ساتھ	— relations of, with ulna, 328
کی سطحی ترسیمیں	— surface markings of, 328
ریسٹنٹ کا عملیہ	Rammstedt's operation, 433
ضفدعی شربان اور ورید	Ranine artery and vein, 170
ضفدعہ	Ranula, 168
حاد	— acute, 169
خزانہ کیلوس	Receptaculum chyli, 257
مستقیم ملتقہ غدہ قدامیہ کا	Rectal commissure of prostate, 523
عضلات مستقیمہ کا انفراج	Recti, divarication of, 384
(مقلہ کے)	— muscles (eyeball), 64
قلبہ مستقیمہ مہبلی	Rectocele, vaginal, 539
مستیمی قولونی عاصری خطلہ	Recto-colic sphincteric tract, 429
مستیمی پرمعدی مثلث	Recto-epigastric triangle, 400
مستیمی مہبلی یا سود	Recto-vaginal fistula, 539
مستیمی مثانی جیب	Recto-vesical pouch, 518, 542
فاصل	— septum, 525
معا نے مستیم	Rectum, 542
کی چسپیدگیان	— attachments of, 505, 545
کا سرطان	— cancer of, 547

غده قدامیہ کے عروق لُف	Prostate, lymphatics of, 525
کے اعصاب	— nerves of, 525
کا افراز	— secretion of, 523
کا غلاف	— sheath of, 524
قدامیہ پر آری	Prostatectomy, 526
قدامی مِبال	Prostatic urethra, 527, 528
رِجک	— utricule, 530
وِردی خُفیرہ	— venous plexus, 513, 524
التهاب قدامیہ	Prostatitis, 525
نُغز مرضی حس پذیری	Protopathic sensibility, 143, 362
مِکّۃ المِبرِز	Pruritus ani, 549
خُصری خُراج	Psoas abscess, 415, 568
عضلہ	— muscle, 568
پَرینہ	Pterion, 16, 23, 49
جینیچی عضلہ خا رِجی	Pterygoid muscle, external, 158
جینیچی چانوی رِباط	Pterygo-mandibular ligament, 169
استرخا - شکمی	Ptosis, abdominal, 423, 445, 448
چِفن کا (سقوط الجفن)	— of eyelid, 66
بِچکر کا	— of liver, 467
معدہ کا	— of stomach, 432
عظم حانی پر کا خُلع	Pubes, dislocation upon, 585, 590
کے کسور	— fractures of, 500
حانی مائتقہ	Pubic commissure, 523
خُطّ	— line, 552
شوکہ	— spine, 379
حیائی قُتی	Pudendal hernia, 411
حیائی شریان	Pudic artery, 512
عصب	— nerve, 551, 552
”دکھچپی ہوئی کہنی“	“Pulled elbow,” 319
رثوی سکتہ	Pulmonary apoplexy, 249
دانت کا مغز	Pulp, dental, 163
نقاط دمعیہ	Puncta lacrimalia, 89
حدقی غشا	Pupillary membrane, 73
تلیج ا لدم میں بچکر	Pyæmia, liver in, 469
بوابی دھنہ	Pyloric orifice, 432
عامرہ	— sphincter, 429
کی بیش پرورش	— hypertrophy of, 433

ما بقی اختصاب	Popliteal nerves, 6p2
کا شلل	—— paralysis of, 670
فضا (دیکھو گھٹنے کی ما بقی فضا)	—— space (see Knee, popliteal space of)
عروق	—— vessels, 605, 623
بانی دوران خون کا تسدد	Portal circulation, obstruction of, 494
پس اذینی لنی غدد	Postauricular lymphatic glands, 227
پس مرکزی تلفیف	Postcentral convolution, 52
موخر منخرین	Posterior nares, 115
انف بینی	—— rhinoscopy, 115
فوقی شوکہ	—— superior spine, 554
پس بستہ ضفیرہ	Postfixed plexus, 204, 205
پس انفی بالمیدیں	Postnasal growths, 184
پس کلوی ردا	Postnephric fascia, 482
خلف البلموم خراج (دیکھو پس بلعومی خراج)	Postpharyngeal abscess (see Retropharyngeal abscess)
وضعی معکوسات	Postural reflexes, 637
پاٹ کا مرض	Pott's disease, 233, 683
کاکسر	—— fracture, 649
پوپارٹ کا دباط	Poupart's ligament, 379, 565
پیش اذینی لنی غدد	Presauricular lymph-glands, 227, 229
پیش مرکزی تلفیف	Precentral convolution, 52
پیش بستہ ضفیرہ	Prefixed plexus, 204, 205
پیش منفذی نقطہ	Premeatal point, 35, 37
پیش کلوی ردا	Prenephric fascia, 482
علینات غلفہ	Preputial ocelli, 533
فشادی حطفات	Pressure diverticula, 223
پیش، مثانی فضا	Prevesical space, 517
زائدہ رستکی	Processus funicularis, 402
غعدیہ	—— vaginalis 397, 400, 401, 403, 405
اکیباب	Pronation, 329
غددہ قدامیہ	Prostate, 513, 523
کاخراج	—— abscess of, 525
کاکیسہ	—— capsule of, 523
کاملتات	—— commissures of, 523
کی قناتیں	—— ducts of, 523
کی بیش پروش	—— hypertrophy of, 525
کے لختسے	—— lobes of, 523

فوتوفوبیا	Photophobia, 77
ڈایا ٹرا می عصب	Phrenic nerve, 199, 250
ام جنو نہ	Pia mater, 48, 691
کبوتر سینک	Pigeon breast, 233
پواسید	Piles, 546
پنگ پانگ کینڈ کے کسور	Ping-pong ball fractures of, 15
سروان الاذن	Pinna, 93
پروگاف کا ہڈ	Pirogeff's amputation, 666
نظامی جسم	Pituitary, body, 45
تک رسائی	———— access to, 47
حفرہ	———— fossa, 37
سلجات	———— tumours, 47
انجمی جراب (شریانی) کے زخم	Planter arch (arterial), wounds of, 643
کالیم	———— maintenance of, 653
شریانی	———— arteries, 636
ردا	———— fascia, 636, 638
اعصاب	———— nerves, 637
انجمی مکتو ترکانہ نقای	Plantaris tendon, rupture of, 628
عضلہ مناسرہ	Platysma myoides, 191
پلورا	Pleura, 247
کی عصبی رسد	———— nerve supply of, 249
کے تعلقات سطح کے ساتھ	———— relations of, to surface, 247
کے زخم	———— wounds of, 203, 347
پلورائی انفیامات	Pleural adhesions, 249
سہفہ کا ہڈ	———— cavity, paracentesis of, 233
نہیہ ملالی	Pliea semilunaris, 188
زیر لسانی	———— sublingualis, 188
مٹائی	———— triangularis, 188
عرق کے تعلقات (شکل ۹۱)	———— vascularis, relations of, 402 (Fig. 91)
استرواح الصدر	Pneumothorax, 247
پولٹزر کا طریقہ اذن وسطیٰ کو متنفخ کرنے کا	Politzer's method of inflating middle ear, 108
پولیا کا حلیہ	Polya's operation, 439
سعدانے - ناک کے	Polypi, nasal, 122
مابقی خراج	Popliteal abscess, 604
شریان	———— artery, 605, 623
کانورسا	———— aneurysm of, 605, 607

حرکت دودی غذائی خطہ میں	Peristalsis in alimentary tract, 429, 452
حالب میں	— in ureter, 489
باریطونی انضمامات	Peritoneal adhesions, 422
روابط	— communications, 422
فضائیں	— spaces, 422
باریطون	Peritoneum 418
کے حفرہ جات	— fossae of, 399, 453
کے ساتھ مثانہ کے تعلقات	— relations of bladder to, 517
کی پن ڈھالیں	— watersheds of, 422
التهاب باریطون	Peritonitis, 418
شعلی شریان	Peroneal artery, 626, 628
عضلات	— muscles, 625
عصب	— nerve, 605, 626
کا شلل	— — paralysis of, 670
بند	— retinaeulum, 640
وتر	— tendon, 635
درتہ	— tubercle, 635
قدم مکعب	Pes cavus, 638, 660
پٹی کی مثلث	Petit's triangle, 380, 416
حجری فلسفانی درز	Petro-squamous suture, 101
ورید	— vein, 101
سلامیات پاؤں کی انگلیوں کے - ان کے کسود	Phalanges of toes, fractures of, 662
انگوٹھے کے قریبی سلامیہ کا خلع	Phalanx of great toe, proximal, dislocation of, 662
وہمی سلمہ	Phantom tumour, 386
بلعومی شریان صمودی	Pharyngeal artery, ascending, 182, 189
عطفہ	— diverticulum, 183
دھہ بوسٹیکین نیلی کا	— orifice of Eustachian tube, 108
جیبیں	— pouches, 223
سگوشہ	— recess, 109
عاصرہ	— sphincter, 429
لوزہ	— tonsil, 109, 184
بلعوم	Pharynx, 182
کے ابعاد	— dimensions of, 182
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 182
کے غدد لف	— lymphatic glands of, 229
کی غشائے غاطی	— mucous membrane of, 183
میں غدہ آسار پالت	— adenoid tissue in, 184
کے تعلقات	— relations of, 185
التهاب ورید فخذی ورید کا	Phlebitis of femoral vein, 570
وریدی حصیات	Phleboliths, 489

حوضی احشاء تک رسائی	Pelvic viscera, access to, 564
کی تثبیت اور انکیے حرکات	——— fixation and movements of, 505
کے اعصاب	——— nerves of, 551
حوض	Pelvis, 497
کی محراب	—— arch of, 497
کی ردا	—— fascia of, 503
کافرش	—— floor of, 503
اس کے دوزن	—— apertures in, 503
کے کسود	—— fractures of, 498
کامیکانیہ	—— mechanism of, 497
کے اعصاب	—— nerves of, 551
کلوی	—— renal, 479, 488
کساحت زدہ	—— rickety, 498
میں ممانے صغیر	—— small intestine in, 441
کی زیر مصلی بافت	—— subserous tissue of, 506
قضیبی مبال	Penile urethra, 527, 529
قضیب	Penis, 531
کی غیر طبعی حالتیں	—— abnormalities of, 532
کے عروق لف	—— lymphatics of, 531
کی جلد	—— skin of, 531
کے اعصاب	—— nerves of, 551
کی زیر جلدی بافت	—— subcutaneous tissue of, 531
کی عرقیت	—— vascularity of, 531
قرحہ نائب پاؤں کا	Perforating ulcer of foot, 638
گرد قابہ	Pericardium, 251
کا پرل	—— paracentesis of, 239, 253
گرد جمہ	Pericranium, 4
عجانی ردا	Perineal fascia, 511
فتق	—— hernia, 411
حصات شکافی	—— lithotomy, 514
عجری بول	—— urethra, 527
گرد کلوی خراج	Perinephric abscess, 481
عجان مردانہ	Perineum, male, 507
کی گہرائی	—— depth of, 509
کے اعصاب	—— nerves of, 551, 552
گرد سنی غشا	Periodontal membrane, 163
گرد عظمہ	Periosteum, 5
گرد کلوی کیاسہ	Perirenal capsule, 482
شحم	—— fat, 482

شلل عقیله میجریه کا	Paralysis of trapezius, muscle, 273
زندہ عصب کا	— of ulnar nerve, 373
شللی ایلیش	Paralytic ileus, 443
نرد وسطی شکاف	Paramedian incision, 389, 438, 487
نرد چولہ جات	Parasipoids, 40
ہلکی جنینات	Parasitic foetuses, 502
نرد درق اجسام	Parathyroid bodies, 320
جدارہ ہڈی کے تہلات	Parietal bone, relations of, 31
شفاق	— fissure, 21
جدارہ قذالی شفاق	Parieto-occipital fissure, 51
داحس	Paronychia, 342
نکفی خراج	Parotid abscess, 149
قنات	— duct, 152
ردا	— fascia, 148
غده	— gland, 147
کالہاب	— inflammation of, 152
لمفی غدد	— lymphatic glands, 132, 227
عصبی رسد	— nerve supply, 149
خطہ	— region, 147
ساختن	— structures, 150
سلمات	— tumours, 152
پرٹ کے کریب	Parrot's nodes, 19
جزو منافی	Pars triangularis, 51
رضفہ (چیچی)	Patella, 599
کی رسد خون	— blood supply of, 601
کی خلای عدم موجودگی	— congenital absence of, 617
کا نمو	— development of, 617
کا خلع	— dislocation of, 617
کے کسور	— fractures of, 615
رضنی درجہ	Patellar bursa, 603
رباط	— ligament, 599, 610
صدری غدد	Pectoral glands, 243
صدریہ کبیرہ	Pectoralis major, 261
صغیرہ	— minor, 262, 277
حوضی خراج	Pelvic abscess, 574
قولون	— colon, 457, 459
کے مخاطی طبقہ کے مضامف عظامات	— multiple diverticula of mucous coat of, 461
عبری بول	— prethra, 527

عضله زنجیرہ طویلہ کا وتر	Palmaris longus tendon, 334
جلی شریانیں	Palpebral arteries, 75
رباط	— ligament, 90
سکلت نما غدیدہ	Pampiniform plexus, 537
لبلیہ	Pancreas, 476 -
کا سرطان	— cancer of, 477 -
کا اندرونی افراز	— internal secretion of, 478
لبلیہ دوسرے	Pancreatic cysts, 478
قناتیں	— ducts, 476 -
سبل	Pannus, 70
تبہج حلیسی	Papillœdema, 81
پل گرد قلبہ کا	Paracentesis of pericardium, 239, 253
پلورائی کھنکھہ کا	— of pleural cavity, 238
شلل شوکی تقریرات میں	Paralysis in spinal injuries, 695
مقدم ساقی عصب کا	— of anterior crural nerve, 667
ذوڑا سین کا	— of biceps, 268
عضدی خنجرہ کا	— of brachial plexus, 368
عضلہ عضدیہ کا	— of brachialis muscle, 268
عضلہ عضدیہ کبیرہ کا	— of brachio-radialis muscle, 268
عنقی مشارکی کا	— of cervical sympathetic, 68
ارب کا	— of Erb, 282
خارجی ما بقی عصب کا	— of external popliteal nerve, 670
وجہی عصب کا	— of facial nerve, 90, 151
پا پیموں عصب کی قسمت اول کا	— of first division of fifth nerve, 67
چوتھے عصب کا	— of fourth nerve, 67
داخلی ما بقی عصب کا	— of internal popliteal nerve, 670
طویل صدری عصب کا	— of long thoracic nerve, 273
وسطی عصب کا	— of median nerve, 376
عضلی مرغولی عصب کا	— of musculo-spiral nerve, 304, 368, 370
عصب ساد کا	— of obturator nerve, 669
حرکۃ العین عصب کا	— of oculo-motor nerves, 67
عجری اعصاب کا	— of orbital nerves, 66
شظی عصب کا	— of peroneal nerve, 670
مہین نما عضلات کا	— of rhomboid muscles, 273
عضلہ منشارہ کبیرہ کا	— of serratus magnus, 273
چھٹے عصب کا	— of sixth nerve, 67
معاے منہر کا	— of small intestine, 441
تیسرے عصب کا	— of third nerve, 66
قضیبی (داخلی ما بقی) عصب کا	— of tibial nerve, 670

عجبر کے عضلات	Orbit, muscles of, 64
کے اعصاب	— nerves of, 66
کا شلل	— — — paralysis of, 66
کی دیوادیوں کے تعلقات	— relations of walls of, 60
میں سلمات	— tumours in, 61
نابضہ	— — — pulsating, 65
عجبری خراج	Orbital abscess, 60
شحم	— fat, 60
عضلہ عجبریه	Orbitalis muscle, 68
عظم المقب	Os calcis, 634, 635
کے کسود	— — — fractures of, 661
کا تعظم	— — — ossification of, 662
عظم تادری	— capitatum, 356
لا۔۔ کے کسود	— innominatum, fractures of, 499
کبیر کا خلع	— magnum, dislocation of, 356
مثلت	— trigonum, 661
عظمی تپہ	Osseous labyrinth, 110
استخوانچے کاں کے	Ossicles of ear, 100, 101, 102
التهاب العظم تشوہی	Osteitis deformans, 19
عظمی ترقیمی دامن	Osteoplastic flap, 27
مبیضی حوضی رباط	Ovario-pelvic ligament, 541
مبیض	Ovary, 540
کے عروق لمف	— lymphatics of, 540
کے اعصاب	— nerves of, 540
کے پرورشی اثرات	— trophic influence of, 540
سے متعلق آثاری ساختیں	— vestigial structures connected with, 541
پاسینی کے اجسام پاؤں میں	Pacinian bodies in foot, 637
ہاتھ میں	— — — in hand, 341
درد کا احساس	Pain, sensation of, 362
حنك	Palate, 177
مشقوق	— cleft, 177
کا نمو	— development of, 177
الصلب	— hard, 179
کے لئی غدود	— lymphatic glands of, 229
الرخو	— soft, 180
کئی خراج	Palmar abscess, 345
صفاق	— aponeurosis, 338, 343
عجریین	— arches, 330, 350
سطح	— surface, 336

سنی زائده	Odontoid process, 682
سنی سلعات	Odontomes, 163
مری شکافی	Esophagotomy, 224
مری	Esophagus, 220
کا سرطان	— cancer of, 223
کے خم	— curves of, 221
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 223
کے تشوہات	— malformations of, 223
کے علاقہ جات	— relations of, 222
کی حصی حصی رسد	— sensory nerve supply of, 223
کے عضلات عامرہ	— sphincters of, 222, 420
زج	Olecranon, 309
کا بربالہ	— epiphysis of, 323
کے کسود	— fractures of, 323
شمی اعصاب	Olfactory nerves, 124
قولون کا اومیکا نماجنبر	Omega loop of colon, 459
ثربی فتق	Omental hernia, 420
تاجہ	— sac, 420
ثرب - معدی کبدی	Omentum, gastro-hepatic, 436, 471
کبیر	— great, 419
کستفہ لامیہ	Omo-hyoid, 193
ناخن کی گدی کا التهاب	Oonychia, 342
رمد مشارکی	Ophthalmia, sympathetic, 70
بصری قرص	Optic disc, 81
سوداخ	— foramen, 37, 81
عصب	— nerve, 66, 80
عصب کا التهاب	— neuritis, 81
عرشہ	— thalamus, 52
حاشیہ مسنن	Ora serrata, 80
عضلہ محیطۃ العینیہ	Ocularis oculi, 90
کا تشنج	— spasm of, 77
عوجر	Orbit, 59
میں خراج	— abscess in, 60
کے اندر تک رسائی	— access to interior of, 59
کے عروق خون	— blood-vessels of, 65
کی عظمی دیواریں	— bony walls of, 59
کے قطر	— diameters of, 59
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 61
کے غدد لف	— lymphatic glands of, 229

حلمہ (بھٹی)	Nipple, 242
حلمے - مستزاد	Nipples, supernumerary, 243, 587
عدم اتحاد ذراعیہ کے کسر کے بعد	Non-union after fracture of humerus, 306
ناک	Nose, 112
سے جریان خون	— bleeding from, 123
کی رسد خون	— blood supply of, 123
کی ہڈیوں کا کسر	— bones of, fracture of, 113
کا غضروفی حصہ	— cartilaginous part of, 113
کا فرش	— floor of, 120
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 118
کے عروق لف	— lymphatics of, 123
کے منافذ	— meatuses of, 114, 119
میں جوجوں اور قناتیں کھلتی ہیں	— — sinuses and ducts opening into, 114
کی غشائے غاطی	— mucous membrane of, 121
کی عصبی رسد	— nerve supply of, 124
کی بیرونی دیوار	— outer wall of, 119
کا فاصل	— septum of, 119
کی جلد	— skin of, 112
(نیز دیکو انی)	— (see also Nasal)
کٹاؤ روئی کا	Notch of Rivini, 98
ناک کی قنال	Nuck, canal of, 404
مغذی شریان	Nutrient artery, 300
عضلات موربہ تحتانیہ و فوقانیہ	Oblique, inferior and superior, muscles, 65
داخلہ و خارجہ	— — internal and external, muscles, 674
ساد شریان - غیر طبعی	Obturator artery, abnormal, 408
قنال	— canal, 410
خلع	— — dislocation, 585, 588
ردا	— fascia, 503
فتق	— hernia, 410
عصب	— nerve, 579
کا شلل	— — — paralysis of, 667
قذالی شریان	Occipital artery, 196
ہڈی کا تخریر	— bone, necrosis of, 173
یا فوخ - عارضی	— fontanelle, temporary, 20
لمبی غدد	— lymphatic glands, 227
عصب صغیر	— nerve, small, 198
اٹنا حشری کی مسدودی	Occlusion of duodenum, 445
عرك العين اعصاب کا شلل	Oculo-motor nerves, paralysis of, 67
سنی ناہضات	Odontoblasts, 163

انفی عصب	Nasal nerve, 76, 78
سعدا نے	— polypi, 122
اجواف	— sinuses, 123
(نیز دیکھو ناک)	— (see also Nose)
انفی دمعی قنات	Naso-lacrymal duct, 91
ناک (دیکھو سرہ اور سری)	Navel (see Umbilicus and Umbilical)
زورق ہڈی (دیکھو سفینہ)	Navicular bone (see Scaphoid)
گردن	Neck, 191
کا خراج	— abscess of, 203
میں ہوائی تاجہ	— air-sac in, 232
میں پھیپھڑے کا داس	— apex of lung in, 203
کے عروق خون	— blood vessels of, 195, 224
کے عظمی نقاط	— bony points of, 191
کے خلیاتی ناسور	— congenital fistulae of, 230
کی ردائیں	— fasciae of, 200
کا قیلہ مائیہ	— hydrocele of, 232
کے لئی غدد	— lymphatic glands of, 227, 229
کا خط وسطی	— middle line of, 192
کے عضلات	— muscles of, 193
کے اعصاب	— nerves of, 198
میں پسلیاں	— ribs in, 205
کی جانب	— side of, 193
کی جلد	— skin of, 191
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 191
میں صدی قنات	— thoracic duct in, 229
کے زخم	— wounds of, 207
تخرقہ کا	Necrosis of maxilla, 153
کھوپڑی کا	— of skull, 21, 173
نیلین کا خط	Nelaton's line, 557
گودہ برآدی	Nephrectomy, 487
کلوی حصان شگافی	Nephrolithotomy, 487
عصبی اشراپ	Nerve-injection, 140, 142, 281, 564
اعصاب کے نقاط شکست	Nerves, breaking-points of, 563
حسی تراش کے بعد کے اثرات	— sensory, effects following section of, 142
(نیز دیکھو مختلف خطے)	— (see also various regions)
اطناب عصب	Nerve-stretching, 563
عصبی عرواں	Neural arches, 698
وجع العصب - وجعی	Neuralgia, facial, 136
التهاب عصب - بصری	Neuritis, optic, 81

منرو کا سوراخ	Mouro, foramen of, 44
منرو کا نقطہ	Mouro's point, 426
منٹگمری کے جراب	Montgomery's follicles, 242
مورگانی کے کالم	Morgagni, columns of, 548
موتور کے رقبہ	Motor area, 26, 53
موتور کے شل جیل کے تفریح میں	— centres, paralysis of, in injuries to cord, 695
منہ	Mouth, 165
کے ادمیہ نما دیرے۔ خلقی	— dermoid cysts of, congenital, 170
کے لمبی غدہ	— lymphatic glands of, 229
کے دوقی دیرے۔ خلقی	— thyroid cysts of, congenital, 170
حرکت پذیر گردہ	Movable kidney, 482
غاطی دیرے	Mucous cysts, 106
غشا (دیکھو مختلف خطے)	— membrane (see the various regions)
سعدانہ ناک کا	— polyp of nose, 122
سٹیراٹروایا کبیر	Multiaugulum majus, 336
عضلات شوکیہ متعدد الحصر	Multifidus spinæ muscles, 674, 675
سادی	Musca volitantes, 83
عضلات کی جماعت بندی بلحاظ فعل	Muscles, functional classification of, 352
(نیز دیکھو نام بنام)	— (see also name of each)
عضلی جلدی عصب	Musculo-cutaneous nerve, 300, 357
عضلی مرغولی (کعبی) عصب	Musculo-spiral (radial) nerve, 304, 325, 368
کا شل	— — — — — paralysis of, 304, 370
عضلی منوی خفیرہ	Myenteric plexus, 430
چانی لامی عضلہ	Mylo-hyoid muscle, 139, 147, 156, 159
تعلیمی التهاب عضلہ	Myositis ossificans, 314
غاطی اذیمہ	Myxœdema, 219
ہاتھ کے ناخن	Nails of hand, 342
منخرین مقدم	Nares, anterior, 115
موخر	— posterior, 115
انفی کفہ جات	Nasal cavities, 114
بچوں میں	— — — in children, 116
کے لمبی غدہ	— — — lymphatic glands of, 229
کے تعلقات	— — — relations of, 117
کی چھت	— — — roof of, 118
کی شکلیں	— — — shapes of, 116
سے التهاب کا انتشار	— — — spread of inflammation from, 117
نطول	— douche, 118
قنات	— duct, 91

جراحی اطلاق تشریح جلد اول و دوم	اشارہ	۳۳
Mental foramen, 139	ذقی سوراخ	
Mercier's bar, 321	مرسیئر کی سلاخ	
Mesenteric arteries, 381, 492	ما ساریتی شریانیں	
— hernia, 446	فتق	
— plexus, 491	ضغیرہ	
Mesentery, 420	ماساریتا	
— attachment of, leakage along, after operation, 447	کی چسپیدگی پر سے تراوش۔ عملیہ کے بعد	
— holes in, 421	میں سوراخ	
— imperfect attachments of, 421	کی ناقص چسپیدگیاں	
— length of, 421	کا طول	
— of appendix, 451	زائدہ کی	
— parietal attachment of, 420	کی چداری چسپیدگی	
Mesocolic hernia, 446	ماساریتی قولونی فتق	
Mesocolon, 456	ما ساریتاۓ قولون	
Mesogastric hernia, 446	ما ساریتی معدی فتق	
Mesohypar, 468	ماساریتاۓ ہیکر	
Metacarpophalangeal joint of thumb, dislocations at, 357	بعد رسانی سلامی جوڑا انگولٹھے کا۔ اسکے خلوع	
Metatarsal bones, fractures of, 662	بعد ساریتی ہڈیوں کے کسور	
Metatarsophalangeal joints, 635, 641	بعد ساریتی سلامی جوڑ	
Metopic suture, 17	جہتی درز	
Micturition in spinal injuries, 320, 696	تبول شو کی ضررات میں	
— nervous mechanism of, 320, 696	کا عصبی میکانیہ	
Midcarpal joint, 352	بین رسانی جوڑ	
Midcolic sphincter, 429	وسطی قولونی عا صرہ	
Middle ear, 101	وسطی اذن	
— blood supply of, 109	کی رسد خون	
— inflation of, 101	کی تنغیش	
— lymphatics of, 110	کے عروق لف	
— (see also Tympanic cavity)	(نیز دیکھو کھفہ طبعی)	
— meningeal artery, 39, 138	سجائی شریان	
Middle-ear disease, cerebral abscess from, 32	وسطی کان کے مرض سے پیدا شدہ دماغی خراج	
Midepigastric plane, 380, 425	وسطی برآمدی مستوی	
— point, 425	نقطہ	
Midhypogastric line, 426	وسطی زیرمعدی خط	
— point, 426	نقطہ	
Midtarsal joint, 635	وسطی ساریتی جوڑ	
Midzygomatic point, 35, 37	وسطی وجہی نقطہ	
— "Miner's elbow," 314	"کان کن کی کہنی"	

میکل کا عطفہ	Meckel's diverticulum, 386, 443
کا عقدہ	— ganglion, 139
کی فضا	— space, 137, 145
وسطانی جلدی عصب	Medial cutaneous nerve, 300, 302, 312
”وسطی شریان“	“Median artery,” 351
باسلیق ورید	— basilic vein, 308, 311
کا انتخاب فصہ اور نقل الدم	— — — — selection of, for venesection, transfusion, and injections, 311
اور اشرابات کے لئے	— cephalic vein, 308, 311
قیفالی ورید	— commissure of prostate, 323
ملتہ غده قدامیہ کا	— nerve, 303, 325, 328
عصب	— — — — paralysis of, 370
کا شلل	— vein, 311
ورید	Mediastina, abscess of, 236, 254
مناصف کا خراج	— glands of, 255
کے غدد	— tumours of, 255
کے سلعات	Mediotarsal joint, 652
وسطانی - تاری جوڑ	— — — — amputation at, 406
پروتر	Medulla spinalis (see Spinal cord)
بغاع شوکی (دیکھو جبل شوکی)	Meibomian glands, 85
میومی غدد	— cyst, 87
دویرہ	Megarolon, 480
کلافی قولون	Membrana tympani, 96
غشائے طبعی	— — — — blood and nerve supply of, 100
کی خونی اور عصبی رسد	— — — — light reflex of, 100
کا مکسوسہ نود	— — — — rupture of, 90
کا انشتاق	Membranous urethra, 512, 520
غشائی مجری بول	Meningeal artery, anterior branch, 23
سجائی شریان - مقدم شاخ	— — — — posterior branch, 24
موخر شاخ	Meninges of brain, 38
اسجیہ دماغ	— — — — spread of inflammation to, from nose, 117, 118
تک التہاب کا انتشار ناک سے	— of spinal cord, 684, 685, 686
جبل شوکی	Meningitis from abscess in ear, 96
التہاب سجایہ کان کے اندر کے خراج سے	— from inflammation of nasal fossae, 117, 118
انہی حفرہ جات کے التہاب سے	— spinal, from bed-sores, 686
شوکی بستری قروح سے	Meningocele, 20, 114, 119
قیلہ سجائیہ	— spinal, 698
شوکی	Meningo-myelocele, 698
سجائی ابو قیلہ	Menisci (see Semilunar cartilages)
هلا ایسے (دیکھو نیم قمری غضروفات)	

پستانی شریان - داخلی	Mammary artery, internal, 240, 254
چانہ	Mandible, 155
کا اکیل نما زائده	— coronoid process of, 109
کی بد شکایاں	— deformities of, 180
کا استیصال	— excision of, 158
کا کسر	— fracture of, 155
کے اعصاب	— nerves of, 160
چانوی مفصل	Mandibular joint, 157
کا خلع	— dislocation of, 157
کا خلع جروی	— subluxation of, 158
ید اللص	Manubrium, 225
چبانے کے عضلات	Mastication, muscles of, 160
کا شنجی انقباض	— spasmodic contraction of, 173
حلمی مفارہ	Mastoid antrum, 108
تک رسائی	— access to, 106
کا مدخل	— aditus of, 103
کی گہرائی	— depth of, 105
کی سطحی قوسم	— surface marking of, 103
خلیات	— cells, 106
لمبی غدہ	— lymphatic glands, 227
زائده	— process, 103, 106
کے انواع اور اسکے اقسام	— types and varieties of, 107
حلمی جداری ستون	Masto-parietal pillar, 37
فلک	Maxilla, 133
کا استیصال	— excision of, 154
کا کسر	— fracture of, 153
کا تخریر	— necrosis of, 153
کے اعصاب	— nerves of, 160
کا سرحد عظمہ	— periosteum of, 133
فکی شریان - داخلی	Maxillary artery, internal, 182, 183
جوف (دیکھو ہائی مور کا مفارہ)	— sinus (see Antrum of Highmore)
منفذ سمعی خارجی (سماخ الادن)	Mentus, auditory, external, 37, 94
کی رسد خون	— blood supply of, 96
کی عصبی رسد	— nerve supply of, 97
داخلی	— internal, 37
مجری بول کا	— of urethra, 520
منافذ ناک کے	Mentuses of nose, 114, 119

قطنی قنرات کے مستعرض زوائد کا کسر	Lumbar vertebrae, transverse processes of, fracture of, 482
عضلات قطنیہ کا شلل	Lumbricales, paralysis of, 374
پھیپھڑا یا پھیپھڑے	Lung, 245
کا داس۔ گردن میں	— apex of, in neck, 203
کے کہنہ جات کی مسیلت	— cavities, drainage of, 249
کا مہبوط	— collapse of, 248, 249
سے نری	— haemorrhage from, 248
کا قن	— hernia of, 248
کے کیستی دویرے	— hydatid cysts of, 249
کے تعلقات سطح سے	— relations of, to surface, 245
کی جڑ کا تکشف	— root of, exposure of, 250
کے ہوائی کیسکوں کا انشقاق	— rupture of air-vesicle of, 248
کے زخم	— wounds of, 247
ذنبہ اجماری	Lupus erythematosus, 112
لشکا کا بوزہ	Luschka's tonsil, 109, 184
خلع انتصابی	Luxatio erecta, 289
کیمیکی لمبی وعائی سلمہ	Lymphangioma cavernosum, 175
لمبی "مدار"	Lymphatic "cavities," 241
عدد اور عروق (دیکھو مختلف خطے)	— glands and vessels (see various regions)
مکڑی کا خط	McCord's line, 358
کبرالسان	Macroglossia, 175
میجنڈی کا سوراخ	Magendie, foramen of, 42, 41
عارضی زاویہ	Malar angle, 35
ہڈی	— bone, 133
کیمیے (ٹمپنے)	Malleoli, 631
"مٹھوڑی انگلی"	"Mallet-finger," 354
پستان	Mamma, 240
کی شریانیں	— arteries of, 240, 245
کا سرطان	— cancer of, 240, 241, 242
کا کیسہ	— capsule of, 240
کا نگو	— development of, 240
فیجی مثلث میں	— in femoral triangle, 567
پر مبیض کا اثر	— influence of ovary on, 540
کے مجاری لف	— lymph channels of, 241, 242
کے خفیروں کا صحیح تصور	— plexuses, true conception of, 244
کا حلمہ	— nipple of, 242
کی ساخت	— structure of, 241
پستان نین۔ مستزاد	Mammæ, supernumerary, 245, 507

حصات شکافی - عجانی	Lithotomy, perineal, 514
فوق عانی	— suprapubic, 514
جگر	Liver, 465
کا خراج	— abscess of, 469
کا مرض	— disease of, 491
کی تثبیت	— fixation of, 467
تفویج الدم میں	— in pyæmia, 469
کی عصبی رسد	— nerve supply of, 491
پر کے علیہ جات	— operations on, 467
کی جداری سطح	— parietal surface of, 465
کا استرخاء	— ptosis of, 467
کے تعلقات	— relations of, 466
کا انشقاق	— rupture of, 468
میں ثانوی مطروحات	— secondary deposits in, 469
کی شکلی میں اختلافات	— variations in form of, 467
کی احشائی سطح	— visceral surface of, 465
کے زخم	— wounds of, 468
کے منطقے	— zones of, 466
تعیین قیام ہیجس کے ضررات کی	Localization of brain lesions, 52
فلک بستگی	Lockjaw, 161
طولی جوف فوقانی	Longitudinal sinus, superior, 40
طویلہ عنقیہ عضلہ	Longus colli muscle, 674
فطا کولے کے مرض میں	Lordosis in hip-joint disease, 577
لونہی سن کا ترمیم شدہ عملیہ	Lotheisen's operation, modified, 499
اسفل جارحہ کے عروق لف	Lower limb, lymphatics of, 571
کی عصبی رسد	— — — nerve supply of, 666, 671
کے شلات	— — — paralyses of, 667
جوارج کا غیر مساوی طول	— limbs, unequal length of, 598
قطنی خراجات	Lumbar abscesses, 416
ردا	— fascia, 416
غدد	— glands, 492, 572
قتق	— hernia, 411
کیچوکا	— puncture, 380, 688
خطہ	— region, 416
عمود قری کا	— — — of spine, 674
اس کے تضدرات	— — — injuries in, 676, 677, 679, 681, 693
پسلی	— rib, 682
مثلث	— triangle, 411

ٹانگ کی ہڈیوں پر کساحت کا اثر	Leg, rickets affecting bones of, 632
کی جلد	— skin of, 626
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 625
کی دوالی نما وریدیں	— varicose veins of, 628
کے عروق	— vessels of, 626, 628
عدسہ	Lens, 79
کی شریان	— artery to, 83
کا کیسہ	— capsule of, 79, 80
کا تعلیقی رباط	— suspensory ligament of, 79
دافع مبرز	Levator ani, 503, 542
الحنك	— palati, 180, 182
الحنف	— palpebræ, 85
رباط زیر اسفری	Ligamenta subflava, 683
رباط سجناف	Ligamentum laciniatum, 610
حنفری (ویکھو گمبرناٹ کا رباط)	— lacunare (see Gimbernat's ligament)
رضفی	— patellæ, 599, 610
مشطی قرحی	— pectinatum iridis, 82
”سریں ملاح“	“Lighterman's bottom,” 561
خط ایمن	Linea alba, 384
ہلالی	— semilunaris, 378, 426
خطوط جلی	Linea gravidarum, 382
مستعرض	— transversæ, 379
اسانی شریان	Lingual artery, 171, 191, 196
عصب	— nerve, 169, 171
لوڑہ	— tonsil, 173
زبان نما زائدہ	Lingiform process, 467
لب زیریں - اس کے سرطان میں اس	Lip, lower, incision in epithelioma of, 167
پر شکاف دینا	— — lymphatic drainage of, 166
کی انی مسیلیت	— — — glands of, 229
کے غدد لف	Liponuta in deltoid region, 283
شحمی سلعات خطہ دالیہ میں	— in femoral triangle, 567
فیضی مثلث میں	— in suprahyoid region, 191
فوق لامی خطہ میں	— on buttocks, 560
سریں پر	— rarity of, on face, 133
کا نادر الوقوع ہونا چہرہ پر	Lips, 165
لب	Lisfane's operation, 666
اس فرینک کا عملیہ	Litholapaxy, 514
حصات برآدی	— in children, 514
بچوں میں	

دممی تاجہ	Lacrymal sac, 89
حفزہ کبیرمبائی	Lacuna magna, urethral, 530
تحدوہ	Lambda, 5
تحدوی درز	Lambdoid suture, 15
ورقہ غربالین	Lamina cribrosa, 71
اسدر (عائم)	— fusca, 72
فوق مشیمی	— suprachoroiden, 72
ورقہ برآری	Laminectomy, 682
لینگرہینس کے جزیرک	Langerhans, islets of, 478
حنجرہ غدد لف	Laryngeal lymphatic glands, 227
حنجرہ شکافی	Laryngotomy, 23, 216
حنجرہ	Larynx, 209
کا بالائی روزن	— aperture of, upper, 210
کی غضروفات	— cartilages of, 210
کا کسر	— fracture of, 210
کے احبال	— cords of, 211
کا استیصال	— excision of, 212
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 213, 217
کے لفی غدد اور عروق	— lymphatic glands and vessels of, 213, 229
کی غشائے مخاطی	— mucous membrane of, 212
کا بطن	— ventricle of, 232
جانبی تفرع	Lateral anastomosis, 447
انحناء	— curvature, 234
داخلی رباط کمری کا	— ligament of elbow, internal, 311, 317
رباطات گھٹنے کے جوڑ کے	— ligaments of knee joint, 608
عضلات شکم کے	— muscles of abdomen, 387
جوفی کا تشکف	— sinus, exposure of, 25
بطینات	— ventricles, 52
ٹانگہ	Leg, 625
ہمیشہ درد کرنے والی	— arching, 629
کا بتر	— amputation of, 633
کی ردا	— fascia of, 627
کے کسور	— fractures of, 630
کی گنگرین	— gangrene of, 628
کے عضلات	— muscles of, 627
کی عصبی رسد	— nerve supply of, 666
میں درد	— pain in, 630

گھٹنے کی مابقی فضا	Knee, popliteal space of, 601, 604
میں خراج	————— abscess in, 604
کے ارد گرد کی درجہیں	————— bursa about, 607
کی ردا	————— fascia of, 604
کے لمبی خدد	————— lymphatic glands of, 606
کے عضلات اور اوتار	————— muscles and tendons of, 604
کی جلد	————— skin of, 604
کے عروق	————— vessels of, 601, 605
کی سطحی تشریح	————— surface anatomy of, 599
چپنی (دیکھو رصفہ)	Knee-cap (see Patella)
گھٹنے کا جوڑ یا گھٹنے کے جوڑ	Knee-Joint, 608
میں سے ہٹ	————— amputation through, 621
کی جساء	————— ankylosis of, 609
کی بے ترتیبی	————— derangement of, 612
کا مرض	————— disease, 604, 610
کے خلوع	————— dislocations of, 618
کی مسلیت	————— drainage of, 623
کا استیصال	————— excision of, 621
کا استقصاء	————— exploration of, 621
کے محودونواح کا کسر	————— fracture about, 619
کے رباطات صلیبی	————— ligaments of, crucial, 608, 610
جانبی	————— lateral 608
کے لئے حصول سکون	————— rest for, to secure, 624
کی زلابی غشا	————— synovial membrane of, 609
گھٹنوں کا ٹسکرانا (دیکھو روح الرکبہ)	Knock-knee (see Genu valgum)
”فیصلہ کن“ گھونسا	“Konek-out” blow, 31
کو خرکا طریقہ تکشف - زبان کے لئے	Koche's exposure of tongue, 176
کی ترجیع ذر غرابی خلع کی	————— reduction of subcoracoid luxation, 594
تسم (کوزہ پشی)	Kyphosis, 234
شفرین کبیر	Labia majora, 538
شغوی شریانیں	Labial arteries, 166
اعصاب	————— nerves, 165
تہ عظمی	Labyrinth, osseous, 110
دمعی خراج	Lacrymal abscess, 89
آلہ	————— apparatus, 88
شریانیں	————— arteries, 75
عدہ	————— gland, 88

التهاب قونیہ - رختکی	Keratitis, interstitial, 70
کے کا سودا خ	Key, foramen of, 44
سرده	Kidney, 478
کی غیر طبعی حالتیں	— abnormalities of, 484
کا خراج	— abscess of, 480, 482
تک رسائی	— access to, 485
منظم	— adherent, 487
کا کیسہ	— capsule of, 482
کی کیسہ دہائی	— decapsulation of, 482
کا نمو	— development of, 485
کا اتحاد	— fusion of, 485
کا نافچہ	— hilus of, 479, 486
نعل نما	— horseshoe, 485
حرکت پذیر	— movable, 482
کی عصبی رسد	— nerve supply of, 490, 553
پر کے عملیہ جات	— operations on, 485
کی باریطونی پوشش	— peritoneal investment of, 480
کا عل وقوع	— position of, 479
کی شمع نگاری	— radiography of, 479
کے تعلقات	— relations of, 478
کا انشقاق	— rupture of, 480
”عجری“	— “sacral,” 484
مجرد	— single, 485
کی سطحی نشان دہی	— surface anatomy of, 479
کے سلامات	— tumours of, 487
کے عروق	— vessels of, 381, 486
سکھٹنا یا سکھٹنے	Knee, 599
کی سامنے کی طرف	— front of, 599
کی رسد خون	— — blood supply of, 602
پر کی درجہیں	— — bursa over, 603
کی جلد	— — skin of, 602
پر کی زیر جلدی جری	— — subcutaneous fat over, 602
کے عروق لف	— lymphatics of, 603
میں درد - کولے کے جوڑ کے مرض میں	— — pain in, in hip-joint disease, 579

معی شنج	Intestinal spasm, 441
معائے کبیر (دیکھو قولون)	Intestine, large (see Colon)
مغیر	— small, 440
کی سنگین	— — — — — gangrene of, 403
کا ٹھنڈ	— — — — — injury to, 442
کا طول	— — — — — length of, 440
پر عملیہ جات	— — — — — operations on, 447
کی وضع	— — — — — position of, 440
کا جزی استیصال	— — — — — resection of, 447
کی تخنیق	— — — — — strangulation of, 441
درون جمعی خراج	Intracranial abscess, 26, 32
درون تجری سلما	Intraorbital tumours, 61, 65
کو دور کرے کیلئے کروٹلین	— — — — — Kronlein's route for removal of, 60
کا راستہ	Intravenous injections, 311
درون وریدی اشراہات	Intravertebral veins, 235
درون قمری وریدی	Intussusception, 444, 453
انفما د معوی	Inversion movements, 654
درون گردانی کی حرکتیں	Iridectomy, 74, 84
قرحہ برآری	Iris, 72
قرحہ	— congenital absence of, 73
کی خلقی عدم موجودگی	Iritis, 72
التهاب قرحہ	Ischaemic contracture, 314
وقف الامی تبضات	Iachial spine, 553
ورکی شوکہ	— — — — — as guide to ureter, 489
بطور حالب کے دھنکے	— — — — — tubercities, 555
حدیبہ جات	Ischio-rectal abscess, 509
ورکی مستقیم خراج	— — — — — fossa, 509
حفرہ	— — — — — hernia, 411
قتق	Ischio-sacral arch, 497
ورکی عجزی عرواب	Isthium, fractures of, 500
عظم ورکی کے کسور	Island of Reil, 32
جزیرہ رائیل کا	Islets of Langerhans, 478
جزیرہ لینگروہینس کے	Isthmus of thyroid, 218, 219
درقہ کی خاکنائے	Jaws (see Mandible and Maxilla)
جڑے (دیکھو چانہ اور فک)	Jejunum, 440, 441
صائم	Joints, surgical classification of, 285
جوڑوں کی جراحیاتی تقسیم	— — — — — (see also name of each)
(نیز دیکھو نام بہ نام)	Jugular vein, external, 196
ودا جی ورید - خارجی	— — — — — internal, 185, 195
داخلی	

تحتانی ماسا رتی شریان	Inferior mesenteric artery, 381
ضفیرہ	— plexus, 401
عمیق شریان	— profunda artery, 300
صدفی تلفیف	— temporal convolution, 52
دقی شریان	— thyroid artery, 220
ورید اجوی	— vena cava, 251, 403
تحت ترقوی دھرہ	Infraclavicular fossa, 261
زیر عجری شریان	Infraorbital artery, 140
سوراخ	— foramen, 139
عصب	— nerve, 139
ورید	— vein, 140
جمعی حوضی دباط	Infundibulo-pelvic ligament, 541
قع جہن جوی کا	Infundibulum of frontal sinus, 120, 125
ای قنال	Inguinal canal, 397
عورت میں	— in female, 404
قوان شکائی	— colotomy, 462
عطافات	— diverticula, 413
غدہ	— glands, 571
قتق	— hernia, 390
دباط	— ligament, 379, 565
موروثی آتشک	Inherited syphilis, 15
اشراب زیر عنکبوتی فضا میں	Injection into subarachnoid space, 688
درون وریدی	— intravenous, 311
اعصاب کا	— of nerves, 110, 142, 281, 561
لا اسمی ہڈی	Innominate bone, 497, 499
ورید	— vein, 225
میان دستہ جوڑ	Intercarpal joint, 352
بین ضلعی عضلات	Intercostal muscles, 239
فضائیں	— spaces, 238
بین ضلعی ذراعی عصب	Intercosto-humeral nerve, 245
بین العظامی عضلات کا شل	Intercosci, paralysis of, 373
بین سکتی مدوی ہتر	Interscapulo thoracic amputation, 275
بین سکما نما دھرہ	Intersigmoid fossa, 460
رخشکی التهاب قرنیہ	Interstitial keratitis, 70
بین دنی ہجویف	Intertubercular sulcus, 261
بین فقری اتراص	Intervertebral discs, 673
وریدی	— veins, 255
معوئی تفسم	Intestinal anastomosis, 463
تسدہ	— obstruction, 411
شلل	— paralysis, 411

عظم لامی	Hyoid bone, 101, 102, 200
کے قریب کے معین خدد	— — — accessory glands about, 219
کے نزدیک کی درجہ	— — — bursa near, 209
کا کسر	— — — fracture of, 209
زیر معدی شقیہ	Hypogastric plexus, 520
نہت السانی عصب	Hypoglossal nerve, 173, 196
نظامیہ	Hypophysis, 45
کو شکی دم	Hypopyon, 82
نحت مبا لیت	Hypospadias, 532
زیر اہامی فراز (فراز خنصر)	Hypothemal eminence, 536, 571
لفائی اعوری حفرہ	Ileo-caecal fossa, 453
انقباض معوی	— — — intussusception, 453
دھنہ	— — — orifice, 448, 450
خطہ	— — — region, 448
حاصرہ	— — — sphincter, 429, 450
لفائی قولوی حفرہ	Ileo-colic fossa, 453
انقباض معوی	— — — intussusception, 453
لفائی	Ileum, 440, 441
حرقی خراج	Iliac abscess, 387, 414
شریانیں	— — — arteries, 381
قولون (دیکھو قولون)	— — — colon (see Colon)
قولون شکافی	— — — colotomy, 462
ردا	— — — fascia, 413
خدد دا خلی	— — — glands, internal, 372
شو کے	— — — spines, 554
حرقی مشطی رباط	Ilio-pectineal ligament, 409
حرقی خصری عضلہ	Ilio-psoas muscle, 368
حرقی قصبیتی بند	Ilio-tibial band, 561, 592, 600
برقہ کے شو کے	Ilium, spines of, 554
غیر منتقب مبرز	Imperforate anus, 549
کتی تلمہ	Incisura scapularis, 275
سبائی قن	Infantile hernia, 403
نحتانی اجونی نقطہ	Inferior caval point, 251
سنی عصب	— — — dental nerve, 141
جیبی تلفیف	— — — frontal convolution, 51
بین العظامی رباط	— — — interosseous ligament, 647
فک (دیکھو چانہ)	— — — maxilla (see Mandible)
منفذ	— — — meatus, 119
کی سرانٹ زدہ حالت	— — — infected state of, 129

کولے کے جوڑ کا مرض	Hip-joint disease, 575
مومن	— chronic, 576
میں چارحہ کے اوضاع کا میکانیہ	— mechanism of positions of limb in, 576
کے خلوع	— dislocations of, 584
ہر ایک قسم کی تشریح	— anatomy of each form of, 587
خلقی	— congenital, 584
تشدد سے پیدا شدہ	— due to violence, 585
کے متعلق عمومی امور	— general facts concerning, 585
کی ترجیح کے طریقے	— modes of reducing, 590
میں انصباب	— effusion into, 575
پر کے کسور	— fractures about, 579
کے حرکات	— movements of, 574
کی عصبی رسد	— nerve supply of, 579
بقراطی ہاتھ	Hippocratic hand, 342
ہرش سپرننگ کا مرض	Hirschsprung's disease, 460
ہارنر کا عضلہ	Honner's muscle, 90
نعل نما کردہ	Horseshoe kidney, 485
”ہوتنتوتی زھرہ“	”Hottentot venus,” 559
ذراچیہ	Humerus, 258, 259, 285
کے خلوع (دیکھو کندھے کے جوڑ کے خلوع)	— dislocations of (see Shoulder-joint, dislocations of)
کے سر کا استیصال	— excision of head of, 298
کے کسور	— fractures of, 294, 305, 319
کے بعد کا اتحاد آجیل یا عدم اتحاد	— delayed union or non-union after, 308
میں عضلات کا متکس انقباض	— reflex contraction of muscles in, 306
کی بالیدگی	— growth of, 306
ہنٹری اسکولہ اکیلل کا	Hunterian chancre on corona, 531
حشفہ کا	— on glans, 531
ہنٹری کنال	Hunter's canal, 595
غشاء شفا فی	Hyaloid membrane, 79, 83
کیستی دیر سے پھپھڑے کے	Hydatid cysts of lung, 249
استسقاء فی قیلہ دماغیہ	Hydroencephalocoele, 20, 114
قیلہ مائیہ	Hydrocele, 535
کیسہ بند جیل کا	— encysted, of cord, 403
کردن کا	— of neck, 232
استسقاء دماغ	Hydrocephalus, 17, 44
استسقاء سوردہ	Hydronephrosis, 484
لامیہ لسانیہ عضلہ	Hyo-glossus muscle, 196

فتق - شحمی	Hernia, fatty, 385
فخذی	— femoral, 406
کے لئے حلیہ	— — operation for, 408
حیانی	— infantile, 403
ادبی	— inguinal, 396
بلا واسطہ	— — direct, 400
بالواسطہ	— — indirect, 399
مورب	— — oblique, 399
کا کلی علاج	— — radical cure of, 405
دسکی زائده میں	— into funicular process, 403
ورکی مستقی	— ischio-rectal, 411
قطنی	— lumbar, 411
ماساریقی	— mesenteric, 446
ماساریقی قولونی	— mesocolic, 446
ماسا دینی ممدی	— mesogastric, 446
ساد	— obturator, 410
پھیپڑے کا	— of lung, 248
ثربی	— omental, 420
عجانی	— perineal, 411
حیانی	— pudendal, 411, 538
کے نادر الوقوع اقسام	— rare forms of, 411
پس با ربطونی	— retroperitoneal, 446
نسائی	— sciatic, 411
سگما نما	— sigmoid, 460
خنوق	— — strangulated, 460
سری	— umbilical, 385, 411
یقوق میں مٹانہ	Herniæ, bladder in, 517
قطنی تا چسے	Hernial sacs, 397
نملہ منطقی	Herpes zoster, 78
ہیسل بیک کی مثلث	Hesselbach's triangle, 400
نیم قمری فرجہ	Hiatus semilunaris, 120
ہائی مورکا مغارہ (دیکھو مغارہ ہائی مورکا)	Highmore, antrum of (see Antrum of Highmore)
نا فیجہ گردے کا	Hilus of kidney, 479, 486
کولے کا خطہ	Hip, region of, 554
کولے کا جوڑ یا کولے کے جوڑ	Hip-joint, 572
میں خراج	— abscess in, 574
پر بتر	— amputation at, 590

ہاتھ کی ظہری سطح	Hand, dorsal surface of, 339
کی رداہیں	— fasciae of, 337, 343
کے لیٹی غلاف	— fibrous sheaths of, 345
کے جوڑ	— joints of, 351
کے عروق الی	— lymphatics of, 350
کے ناخن	— nails of, 342
کی عصی رسد	— nerve supply of, 341, 364
کی کئی سطح	— palmar surface of, 336
کی جلد	— skin of, 336, 341
کی زیر جلدی بافت	— subcutaneous tissue of, 341
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 336
کی ہتھیلی کے عرق غدہ	— sweat-glands of palm of, 341
کے زلابی کہنیے	— synovial cavities of, 356
انکے تاجے	— sacs of, 346
انکے غلاف	— sheaths of, 347
کی لمبی حس پذیری	— tactile sensibility of, 341
پہانسی سے موت واقع ہونے کا طریقہ	Hanging, mode of death from, 692
حنك الصلب	Hard palate, 179
کی رسد خون	— blood supply of, 179
خرگوشی لب	Hare-lip, 177
سر اور گردن کے لمبی غدہ	Head and neck, lymphatic glands of, 227
قلب	Heart, 251
کا تکشف	— exposure of, 252
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 253
کے تعلقات	— relations of, 251
کے زخم	— wounds of, 252
اڑی کی پوششوں کی دموی رسد	Heel, integuments of, blood supply of, 664
کی عصی رسد	— nerve supply of, 665
لوابی (مرغولہ نما) کسود	Helicoidal fractures, 596, 631
کبدی خراج	Hepatic abscess, 469
مودوثی آشک	Hereditary syphilis (see Inherited syphilis)
فتی	Hernia, 396
احودی	— caecal, 449
خلقی	— congenital, 385, 403
ڈایا فرامی	— diaphragmatic, 412
دویرہ بند	— encysted, 403

جراحی اخلاق تفریح جلد اول و دوم	اشارہ	۲۹
میزاب چلی مددی ہسلی کی بالائی سطح پر کا	Groove on upper surface of first thoracic rib, 207	
حاکمہ خصیہ کے تعلقات	Gubernaculum testis, relations of, 401	
غذا کی نلی (دیکھو مری)	Gullet (<i>see</i> Esophagus)	
سمغی گرد حطی التهاب قفس کا	Gummatous periostitis of sternum, 235	
مسوڑے	Gums, 170	
نیچے کے جبڑے کے - کے لئی غدہ	— of lower jaw, lymphatic glands of, 229	
بندوق کے زخم گردن میں	Gunshot wounds in neck, 209	
حصب ذائقہ (دیکھو لسانی عصب)	Gustatory nerve (<i>see</i> Lingual nerve)	
دموی سلعات چاندلی کے	Hæmatomata of scalp, 13	
سیوان الاذن پر	— on pinna, 96	
بول الدم	Hæmaturia, 480	
نفت الدم	Hæmoptysis, 249	
نری مشیہ سے	Hæmorrhage, from choroid, 72	
چھپڑے سے	— from lung, 248, 249	
کئی عرابوں سے	— from palmar arches, 350	
زبان سے	— from tongue, 172	
لوزہ سے	— from tonsil, 189	
رحم سے	— from uterus, 539	
مہبل سے	— from vagina, 539	
زجاجی طبقہ میں	— into vitreous, 83	
باسوری عروق اور اعصاب	Hæmorrhoidal vessels and nerves, 501, 546	
بواسیر	Hæmorrhoids, 546	
دمی الصدر	Hæmothorax, 248, 249	
صلب اہمام قدم	Hallux rigidus, 663	
روح الاہمام	— valgus, 641	
رہلہ (دیکھو گھٹنے کی ماء بقی فضا)	Ham (<i>see</i> Knee, popliteal space of)	
مطرق انکشت پا	Hammer-toe, 668	
عضلات کا ذہ	Hamstring muscles, 592, 594, 604	
خطی زائدہ	Hamular process, 180	
ہاتھ	Hand, 336	
کا خراج	— abscess of, 345	
کے صفاقات	— aponeuroses of, 337, 343	
کے عروق خون	— blood-vessels of, 350	
کی ہڈیاں	— bones of, 351	
کی لکیریں	— creases of, 337	
کے خلوع	— dislocations of, 356	

معدی اثنا عشری شریان	Gastro-duodenal artery, 437
معدی معوی تقویہ	Gastro-enterostomy, 439
معدی ترقی شریان	Gastro-epiploic artery, 436, 437
معدی کبدی ترب	Gastro-hepatic omentum, 436
معدی تقویہ	Gastrostomy, 438
تناسلی اعضا - زنانہ	Generative organs, female, 538
مردانہ	———— male, 523, 531
عضلہ ذقنیہ لامیہ لسانیہ	Genio-hyo-glossus muscle, 196
تناسلی ساقی عصب	Genito-crural nerve, 570
دو ح الركبہ	Genu valgum, 614
میں فغذی کا برہالہ	———— epiphysis of femur in, 615
عفریتیت	Gigantism, 46
گمبرنٹ کا رباط	Gimbernat's ligament, 408
تیغہ	Gladiolus, 235
حشفہ قضیب	Glans penis, 531
کی غشائے مخاطی	———— mucous membrane of, 531
سبز موتیا	Glaucoma, 83
سبز موتیائی پیالہ	Glaucomatous cup, 85
سکینارڈ کا مرض	Glenard's disease, 423, 432, 445, 448
وقعی کہنہ	Glenoid cavity, 271, 285
رباطات	———— ligaments, 353
گلوب (نیز دیکھو مقلہ)	Globe, 69 (see also Eyeball)
الوی خراج	Gluteal abscess, 560
انورسما	———— aneurysms, 562
شریان	———— artery, 562
درجیکیں	———— bursæ, 561
ردا	———— fascia, 559
شکن	———— fold, 558
خطہ	———— region, 554
الویہ کبیرہ	Gluteus maximus, 553, 561
کا انشقاق	———— rupture of, 561
گھینگا (غوطر)	Goitre, 220
سوزاک میں مجری بول کی حالت	Gonorrhœa, condition of urethra in, 530
سکرے	Granular lids, 88
کبیر ترب	Great omentum, 419
عظیم طروخا	———— trochanter, 554
خیزدای کسر	Green-stick fracture, 267
پن دان کا خطہ	Groin, region of, 565

چوتھا عصب - اس کا شلل	Fourth nerve, paralysis of, 67
عجزی عصب	— sacral ne ve, 552
”لوہی (مرغولہ نما) کسر“	“Fracture helicoides,” 596, 631
کسور (دیکھو مختلف ہڈیاں)	Fractures (see the various bones)
قید اللسان	Frenum linguae, 171
جیبی دریچہ (نازدہ)	Frontal fenestra, 35
جوفی	— sinus, 125
کا قع	— — — infundibulum of, 120, 125
جیبی عارضی کشاؤ	Fronto-malar notch, 35
جیبی اننی قنات	Fronto-nasal duct, 128
جیبی مدغی ستون	Fronto-temporal pillar, 35
جیبی وچی کشاؤ	Fronto-zygomatic notch, 35
وسنکی زائده	Funicular process, 402
میں قق	— — — hernia into, 403
اورده جالینوس	Galen, veins of, 44
مرادہ	Gall-bladder, 469
کا استیصال	— excision of, 469, 473
کا قمر	— fundus of, 467, 469
میں شکاف دینا	— incision into, 473
کی عصبی رسد	— nerve supply of, 472
کا انشقاق	— rupture of, 472
کا حاصرہ	— sphincter of, 472
کے عروق	— vessels of, 470
حصیات مرادہ	Gall-stones, 470, 472
عقدہ - گیسری (دیکھو گیسری عقدہ)	Ganglion, Gasserian (see Gasserian ganglion)
وندی حنکی	— spheno-palatine, 36, 139
کنگرین پاؤں کی	Gangrene of foot, 637
ٹانگہ کی	— of leg, 628
معا کی	— of intestine, 498
پہپہڑے کی	— of lung, 249
گیسری عقدہ	Gasserian ganglion, 34, 137, 138
کا استیصال	— — — excision of, 144
اس کے اثرات حسن پذیری پر	— — — effects of, on sensibility, 144
میں اشرب الکحل	— — — injection of, alcoholic, 140
کے تملقات	— — — relations of, 138
معدہ برآدی	Gastrectomy, 438, 439
معدی ناسور	Gastric fistula, 438
قروح	— ulcers, 431
گیسٹروکنیسٹیس عضلہ (توامیہ ساقیہ)	Gastrocnemius muscle, 626
کا انشقاق	— — — rupture of, 628

پیش بازو (سکائی)	Forearm, 326
کا ہتھ	— amputation of, 333
کی ہڈیاں	— bones of, 328
کے کسود	— fractures of, 331
کے خلوع	— luxations of, 316
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 326
کے عروق	— vessels of, 327
اجسام غریبہ ہوائی گوردگا ہوں میں	Foreign bodies in air-passages, 217
شعبتوں میں	— in bronchi, 217, 250
احور میں	— in caecum, 449
بیرونی کان میں	— in external ear, 95
قلب میں	— in heart, 253
ناک میں	— in nose, 118
مری میں	— in oesophagus, 223
منہجہ میں	— in orbit, 61
بلعوم میں	— in pharynx, 182
ممائے مستقیم میں	— in rectum, 544
معدہ میں	— in stomach, 433
قصبہ میں	— in trachea, 217, 250
رطوبت زجاجیہ میں	— in vitreous humour, 83
مفرہ مادام کا کسر	Fossa, anterior, fracture of, 32
اثنا عشری مائمی	— duodeno-jejunalis, 445
نخامیہ	— hypophyseos, 37
لفائی اخودی	— ileo-caecal, 453
لفائی ٹولونی	— ileo-colic, 453
زیر ترغوی	— infraclavicular, 261
بین سگمانا	— intersigmoid, 460
ودکی مستقیم	— ischio-rectal, 509
وسطی - کا کسر	— middle, fracture of, 33
زودقیہ	— navicularis, 528
روزملر کا	— of Rosenmuller, 109
بیضوی	— ovalis, 406, 563
موخر کا کسر	— posterior, fracture of, 33
جلیخی حنکی	— pterygo-palatine, 36
ناشیاتی نما	— pyriform, 210
پس اخودی	— retrocaecal, 453
ونڈی فکی	— spheno-maxillary, 36
مفرہ جات انبی	Fossae, nasal, 114
باریطونی	— peritoneal, 399

فونٹانا کی فضاں	Fontana, spaces of, 82
یا فونٹ سیمی	Fontanelle, sagittal, 21
قذالی عارضی (موقو)	— temporary occipital, 20
باڈوخت	Fontanelles, 17
پاؤں	Foot, 634, 652
کا پہوڑا	— abscess of, 638
کے بتور	— amputations of, 603
کی عرواں	— arches of, 652
کے عروق خون	— blood-vessels of, 636, 643
کے عظمی نقاط	— bony points of, 634
کے ارد گرد کی درجہ	— bursæ about, 641
کے تشوہات	— deformities of, 655
کے خلوع	— dislocations of, 646
کی ردا	— fascia of, 638
کے کسور	— fractures of, 661
کے نقوش	— imprints of, 659
کی پوششیں	— integuments of, 637
ان کے اعصاب	— nerves of, 637
کے جوڑ	— joints of, 652
کے عروق لف	— lymphatics of, 645
کے حرکات	— movements of, 654
کے عضلات	— muscles of, 654, 658
کا ٹالپ قرعہ	— perforating ulcer of, 638
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 634
کے زلابی کہنے	— synovial cavities of, 663
”پا نہاد“ گرز پامیں	— “tread” of, in club foot, 657
سودا خ اہود	Foramen cæcum, 170
ثنی	— incisivum, 121
ذریعہ جری	— infraorbital, 139
ذقی	— mental, 139
کے کا	— of Key, 44
میچنڈی کا	— of Magendie, 42, 44
منرو کا	— of Monroe, 44
ریٹزیوس کا	— of Retzius, 44
ونسلو کا	— of Winslow, 422
بصری	— optic, 37
پضوی کی سطحی ترسیمیں	— ovale, surface markings of, 142
ہجری انسانی	— sacro-sciatic, 564
لوق عجبی	— supraorbital, 139

شظیہ	Fibula, 631
کی عدم موجودگی	— absence of, 633
اور قصبیہ کے کسور	— and tibia, fractures of, 630
کے کسور	— fractures of, 631
پا پٹواں حسب	Fifth nerve, 77, 97, 113, 135, 150, 142
اس سے سرد یا تھ دقبہ میں درد	— pains in area supplied by, 146
اس کا شلل	— paralysis of, 67
قارہ - اس کا خلع بغیر کسر کے	— vertebra, dislocation of, without fracture, 679
بن کرافٹ کا خیطیہ	Filaria bancrofti, 572
چھنگلی کا "خانی انقباض"	Finger, little, "congenital contraction" of, 346
"ہتھوڑی انگلی"	— "mallet," 354
"انگشت گرفتگی"	— "snap," 346
انگلیوں کا قلع	Fingers, avulsion of, 358
کی عصبی رسد	— nerve supply of, 365
پہلی صدری پسلی سے پیدا شدہ علامات	First thoracic rib, symptoms due to, 207
شقاق رولینڈو کا	Fissure of Rolando, 26, 49, 53
سینٹورینی کا	— of Santorini, 96, 149
سلوینس کا	— of Sylvius, 49
جدادی	— parietal, 21
جدادی قذالی	— parieto-occipital, 51
وتدی فکی	— spheno-maxillary, 36
ناسور خیشومی	Fistula, branchial, 230
خلقی	— congenital, 93, 230
معدی	— gastric, 438
مہرزی	— in ano, 510
مستقیمی مہبلی	— recto-vaginal, 539
رنقی	— salivary, 153
سری	— umbilical, 386
مثنی مہبلی	— vesico-vaginal, 539
دامن - عظمی ترقیعی	Flap, osteoplastic, 27
چاندلی کا	— scalp, 7, 22, 27
چپٹا پاؤں	Flat-foot, 638, 657
قابضہ مقربہ اہامیہ کا شلل	Flexor adductor pollicis, paralysis of, 374
دستیہ کمبریہ کا وتر	— carpi radialis tendon, 334
زندہ کا وتر	— ulnaris tendon, 335
طویلہ اصبعیہ کا وتر	— longus digitorum tendon, 636
اہامیہ قدیمیہ	— hallucis, 636
کلائی کے قابض اوتار کے غلالی	— tendons of wrist, sheaths of, 345
جراحی سنی سلمہ	Follicular odontome, 163

فخذی شریان	Femoral artery, 566, 569, 595
قنالی	— canal, 406
حطقات	— diverticula, 413
برالہ	— epiphysis, 579, 622
فتق	— hernia, 406
کے تعلقات	— relations of, 407
عصب	— nerve, 566, 570, 572
کا شلل	— paralysis of, 667
نقطہ	— point, 398
حلقہ	— ring, 406, 408, 566
غلاف	— sheath, 414
مثلث کے عروقی حوض	— triangle, blood-vessels of, 566, 569
میں درجہ	— bursa in, 568
کی دہا	— fascia of, 567
کے غدہ نمب	— lymphatic glands of, 566, 571
میں پستان	— mamma in, 567
کے عضلات	— muscles of, 568
کے اعصاب	— nerves of, 570
کی جلد	— skin of, 566
کی سطحی تشريح	— surface anatomy of, 565
میں خصیہ	— testicle in, 567
ورید کا التهاب	— vein, phlebitis of, 570
عروقی	— vessels, 566, 569
کا انورس	— aneurysm of, 570
فخذی عجزی مہراب	Femoro-sacral arch, 497
فخذی کے برتاہ جات	Femur, epiphyses of, 579, 583, 622
کے زیرین سرے کے کسود	— fractures of lower end of, 619
کی پودی کے	— of shaft of, 595
کے بالائی سرے کے	— of upper end of, 579
کے بعد چارحہ کا قصور	— shortening of limb after, 597
کا فوق طروخی قصور	— supratrochanteric shortening of, 557
درپچہ (نافذہ) جیبی	Fenestra, frontal, 35
پشوی	— ovalis, 101
مدور	— rotunda, 101
صدغی	— temporal, 35, 36
لینی دویری مرض جپٹے کے	Fibro-cystic disease of jaw, 164
لینی سعدانہ ناک کے	Fibrous polyp of nose, 123
غلاف قاضی اوتار کے	— sheaths of flexor tendons, 345

اجفان (پپوٹے)	Eyelids, 85
کی شریانیں	— arteries of, 87
کے اعصاب	— nerves of, 87
کی جلد	— skin of, 85
کی زیر جلدی بافت	— subcutaneous tissue of, 86
کا انجیریہ	— sycosis of, 86
چہرہ	Face, 132
کی غیر طبعی حالتیں	— abnormalities of, 135
کی رسد خون	— blood supply of, 133
کا نمو	— development of, 134
کے لٹمرات	— injuries to, 133
کے لمبی غدہ	— lymphatic glands of, 229
کے اعصاب	— nerves of, 135
حرکی	— motor, 147
حسی	— sensory, 136
کانتکنی خطہ	— parotid region of, 147
کے ارتفاہات	— prominences of, 133
کی جلد	— skin of, 132
کی زیر جلدی خلوی بافت	— subcutaneous cellular tissue of, 132
کے عروق	— vessels of, 133
(نیز دیکھو چانہ - فک - منہ)	— (see also Mandible, Maxilla, Mouth)
وجہی شریان	Facial artery, 134, 182, 189, 196
قنال	— canal, 101, 103
عصب	— nerve, 104, 150
کے کٹنے سے پیدا شدہ اثرات	— effects of section of, 151
وجع العصب	— neuralgia, 136
شلل	— palsy, 90, 151
ورید	— vein, 134
فلوپی ٹی	Fallopian tube, 540, 541
فلوپی مصیف	Fallopian, aqueduct of, 101
ردائے عریض	Fascia lata, 559, 567, 594
(دیکھو مختلف خطے وغیرہ)	— (see the various regions, etc.)
عزم مثانہ	Fasciculated bladder, 520
”شحمی فتق“	“Fatty hernia,” 385
بافت چاندلی میں	— tissue in sclap, 3

بربالہ کعبہ کا - ڈیرین - اس کی علحدگی	Epiphysis of radius, lower, separation of, 355
بالائی	—— upper, 324
قصیبہ کا	—— of tibia, 622
اس کی علحدگی	—— separation of, 631
بر پر پنی ہڈی	Epipteric bone, 16
فوق مبا لیت	Epispadias, 532
رہائی	Epistaxis, 123
میں جریان خون کا مقام	—— bleeding-point in, 124
سر حلی سنی سلمہ	Epithelial odontome, 164
بریکری غدہ	Epitrochlear gland, 312
شلل ادب	Erb's palsy, 282
نا صبات شو کیہ	Erectores spinæ, 380, 675
سر خبادہ پنا ندی کا	Erysipelas of scalp, 9
مصفاقی خلیات	Ethmoidal cells, 120, 128
یو سٹیکین قاساطیر کا گورا دنا	Eustachian catheter, passage of, 109
نلی	—— tube, 107
برون گردانی کی حرکتیں	Eversion movements, 654
قتق سری - خلتی	Exomphalos, congenital, 395
جیوٹلی گھینگا	Exophthalmic goitre, 220
عضلہ با سطہ قصیرہ اصبعیہ	Extensor brevis digitorum muscle, 636
مشترکہ اصبعیہ	—— communis digitorum muscle, 625
طویلہ اصبعیہ کا وتر	—— longus digitorum tendon, 635
ابہامیہ قدمیہ	—— hallucis muscle, 625
کا وتر	—— tendon, 635
ابہامیہ کا وتر	—— pollicis tendon, 335
سلامیہ تانیہ	—— secundi internodii, 335
مثانہ کی برون گردیدگی	Extroversion of bladder, 395
مقلہ	Eyeball, 69
کی رسد خون	—— blood supply of, 74
کے رباطات ضابط	—— check ligaments of, 63
کا خطرناک وقبہ	—— dangerous area of, 78
کے التهابی عوارض	—— inflammatory affections of, 77
کی عصبی رسد	—— nerve supply of, 76
کا تعلیقی رباط	—— suspensory ligament of, 63
پلکیں	Eyelashes, 86
پپوٹا (جفن) بالائی کا سقوط	Eyelid, upper, ptosis of, 66

کھنٹی کے جوڑے کے خلوع	Elbow-joint, dislocations of, 316
کے دباؤات	— ligaments of, 314
کی موج	— sprain of, 319
داء الفیل جارحہ اسفل کا	Elephantiasis of lower limb, 572
صفن کا	— of scrotum, 534
فراز مفصلی	Eminentia articularis, 146
وسیط وریڈیں کھوپڑی کی	Emissary veins of skull, 8
نفاخہ (نفاخ)	Emphysema, 248
پس عجزی چربی میں	— in retro-orbital fat, 61
جراحی	— surgical, 247
مینا	Enamel, 162, 163
قیلہ دماغیہ	Encephalocele, 20, 114
کیسہ بند قفق	Encysted hernia, 403
قیلہ مائیںہ جبل کا	— hydrocele of cord, 403
سرے کا سرے کے ساتھ تقسم	End-to-end anastomosis, 447
معا برآدی	Enterectomy, 447
قیلہ معویہ مہبلی	Enterocoele, vaginal, 539
معا شکانی	Enterotomy, 477
شترہ دا خلیہ	Entropion, 85
برنا ہضی پستانی حید	Epiblastic mammary ridge, 245
سر قندال ذراعیہ کے	Epicondyles of humerus, 308, 320
برنا قد حس پذیری	Epicritic sensibility, 143, 362
بر بخی	Epididymis, 534
کی عصبی رسد	— nerve supply of, 536
برممدی شریان	Epigastric artery, 381
مثالث	— triangle, 244
مکبی کے زخم	Epiglottis, wounds of, 208
دماغ	Epiphora, 90
بر بالے ٹخندی کے	Epiphyses of femur, 579, 583, 622
انکی علحدگی	— — separation of, 583
قدراعیہ کے۔ انکی علحدگی	— of humerus, separation of, 295, 322
زچ کے۔ انکی علحدگی	— of olecranon, separation of, 323
بر بالہ۔ اکرومی زائده کا۔ اسکی علحدگی	Epiphysis of acromion, separation of, 274
ترقوہ کا۔ اسکی علحدگی	— of clavicle, separation of, 268
غرابی زائده کا۔ اسکی علحدگی	— of coracoid, separation of, 274
ٹخندی کا۔ روح الرکبہ میں	— of femur in knock-knee, 615
حرقی عری کا۔ اسکی علحدگی	— of iliac crest, separation of, 499

کان (اذن)	Ear, 93
کے مستزاد اذین	— accessory auricles of, 93
میں سے جریان خون - کھوپڑی کے قاعدہ کے	— bleeding from, in fracture of base of skull, 33
کسر میں	— blood supply of, 96
کی رسد خون	— coughing, 97
کی وجہ سے کھانسی	— external, 93
بیرونی (خارجی)	— lymphatic glands of, 220
کے لمبی غدد	— foreign bodies in, 95
میں اجسام غریبہ	— hematomata of, 96
کے سلعات دمویہ	— inner, 110
اندرونی	— inflammation of, 110
کا التهاب	— middle, 101
وسطی	— lymphatic glands of, 110
کے لمبی غدد	— nerve supply of, 97
کی عصبی رسد	— ossicles of, 100, 101, 103
کے استخوانچے	— pinna of, 93
کا سیوان	— relations of meatal walls of, 96
کی منفذی دیواروں کے تعلقات	— “serous” discharge from, 33
میں سے “مصلیٰ” مواد کا اخراج	— sneezing, 97
کی وجہ سے چھینکیں	— yawning, 97
کی وجہ سے ہمائیاں	Ectopia vesicæ, 395
بے جاتی منانہ	Ectropion, 85
شترہ خارجیہ	Ejaculatory ducts, 530
قاذب نلیاں	Elbow, 307
کھنٹی	— fold of, 307
کا شکن	— fractures about, 319
کے گرد و نواح کے کسود	— lymphatic gland of, 312
کا لمبی غدد	— muscles of, surgical interest of, 313
کے عضلات کی جراحی اہمیت	— nerves of, 312, 313, 325
کے اعصاب	— resection of, 324
کا استیصال جڑی	— skin of, 310
کی جلد	— surface anatomy of, 307
کی سطحی تشریح	— vessels of, 310
کے عروق	Elbow-joint, 313
کھنٹی کا جوڑ یا کھنٹی کے جوڑ	— ankylosis of, 325
کی جساءہ	— bursæ about, 314
کے گرد و نواح کی درجہ بندی	— disease of, 315
کا مرض	

انفراج عضلات مسائیه	Divarication of recti, 384
عطقات - فذی اور ادی	Diverticula, femoral and inguinal, 413
انگلیوں کے	— of fingers, 347
حرقی اور حوضی قولونوں کے	— of iliac and pelvic colons, 461
گھٹنے کے جوڑ کے	— of knee-joint, 607
معائے صغیر کے	— of small intestine, 445
العمی	— pharyngeal, 183
فشاری	— pressure, 223
جری	— traction, 224
ظہری ددا	Dorsal fascia, 638
خطہ عمود قاری کا	— region of spine, 674, 678, 679, 680, 681, 692
ظہر اللسانی شریان	Dorsalis linguae artery, 189
ظہری قدامی شریان	— pedia artery, 636, 644
کتفی شریان	— scapulae artery, 263
ظہری شوکی وریدیں	Dorsi-spinal veins, 686
ظہری قطعی خطہ عمود قاری کا	Dorso lumbar region of spine, 677
ظہر الحرقہ پر خلع	Dorsum ilii, dislocation upon, 585, 587
المرج	— sellæ, 37
”مثنائہ مضاعف“	“Double bladder,” 521
”غبیغہ“	“— chin,” 191
”نبض مضاعف“	“— pulse,” 335
نعاول - ناک کا	Douche, nasal, 118
ذات نازلہ	Ductus deferens, 536, 541
اثنا عشری عامرہ	Duodenal sphincter, 429
قرحہ	— ulcer, 445
اثنا عشری صائمی حفرہ	Duodeno-jejunal fossa, 415
اثنا عشری	Duodenum, 444
کے عطقات	— diverticula of, 445
کی مسدودی	— occlusion of, 445
کا تعلیق عضلہ	— suspensory muscle of, 445
ڈوپٹرین کا انقباض	Dupuytren's contraction, 343
کا کسر	— fracture, 650
ام جافیہ	Dura mater, 38
کے اعصاب	— — nerves of, 39
شوکی	— — spinal, 684, 685

نردی ہڈی	Cuboid bone, 635
کا تعظم	— ossification of, 632
فانہ نما ہڈی - اندرونی	Cuneiform bone, inner, 635
معدہ کے انحناء	Curvatures of stomach, 432
جلدی عصب - داخل (وسطی جلدی)	Cutaneous nerve, internal, 300, 303, 312
عصبی رسد انگلیوں کی	— supply of fingers, 305
جارجہ اسفل کی	— of lower limb, 666, 671
حس پذیری - اعصاب کی	— sensibility, nerves of, 362
کلوریدیگی	Cut throat, 207
دویرہ - سنی	Cyst, dental, 164
حامل السن	— dentigerous, 163
دویری قنات	Cystic duct, 470
قیلہ مٹائیہ - مہیجی	Cystocele, vaginal, 539
مٹانہ بین سے مٹانہ کا امتحان	Cystoscopic examination of bladder, 519, 521
دویرہ - منہ کے اندر	Cysts in mouth, 170
چاندلی کے	— of scalp, 2
دویرہ دمعیہ	Dacryops, 89
بالفت سلتیہ	Dartos tissue, 382, 533
عصیق بر معدی شریان	Deep epigastric artery, 381
حس پذیری	— sensibility, 143
تبرز عمو قاری کی چوٹوں میں	Defaecation in spinal injuries, 697
آجلی اتحاد کسر کے بعد	Delayed union after fracture, 306
دالی عضلہ (عضلہ دالیہ)	Deltoid, 259, 285, 299
خطہ	— region, 283
درنہ	— tubercle, 258
سنی دویرہ	Dental cyst, 164
حلیمہ	— papilla, 163
تاچہ	— sac, 163
حامل السن دویرہ	Dentigerous cysts, 163
ڈینٹین	Dentine, 162, 163
ادمیہ نما دویرہ - خلقی	Dermoid cysts, congenital, 170
قرونی قولون	Descending colon, 457, 458
ڈایا فرام کے تعلقات جگر کے ساتھ	Diaphragm, relations of, to liver, 466, 467
معدہ کے ساتھ	— to stomach, 431
کے تنفسی حرکات	— respiratory movements of, 255
ڈایا فرامی قنق	Diaphragmatic hernia, 412
دو شکمی عضلہ	Digastric muscle, 193
ڈپلوئی کی ویدیں	Diploic veins, 8
خلع (دیکھو مختلف ہڈیاں اور جوڑ)	Dislocation (see various bones and joints)

اکلیلی دوز	Coronal suture, 15
اکلیلی شریان	Coronary artery, 435
غدد	— glands, 435
اکلیل نما زائده	Coronoid process, 169, 308, 323
کھنکی اجسام	Corpora cavernosa, 531
جسم اسفنجی	Corpus spongiosum, 531
خطوط	— striatum, 52
قشرہ دماغ کے حسی حرکی رقبہ جات	Cortex, cerebral, areas of, sensori-motor, 52
سمعی	— auditory, 55
شمی	— olfactory, 55
بصری	— visual, 55
”ساعت الفاظ“ کے لئے	— “word-hearing,” 55
”بصارت الفاظ“ کے لئے	— “word-seeing,” 55
ضامی مستیمی نقطہ - دایاں -	Costo-rectal point, right, 426
غده کوپر	Cowper's gland, 538
روح النوض	Coxa valga, 583
قدح النوض - ضربی	— vara, traumatic, 583
ہجی ہڈیاں (دیکھو کھوپری)	Cranial bones (<i>see</i> Skull)
اعصاب کے تضربات	— nerves, injuries to, 66
کا شلل	— paralysis of, 66
فضائیں جن میں دماغی نخاعی سیال ہوتا ہے	— spaces containing cerebro-spinal fluid, 42
ہجی ترقوی سوء تعظم	Cranio-cleido-dysostosis, 269
حوال ہجہ	Craniotabes, 18
ہجہ (دیکھو کھوپری)	Cranium (<i>see</i> Skull)
معلق عضلہ	Cremaster muscle, 537
معلق شریان	Cremasteric artery, 537
غربالین صفحہ	Cribiform plate, 118
حلاشی غضروفی	Cricoid cartilage, 210
”مصلب الساقین رفتار“	— “Cross-legged progression,” 578
ملیبی دباطات	Crucial ligaments, 608, 619
تصابی رباط	Cruciate ligament, 639
ساقی عصب مذم	Crunal ns.ve, anterior, 566, 570, 572
کا شلل	— paralysis of, 667
چلبہ حجرہ	Crusta petrosa, 163
”شکازی شلل“	— “Crutch paralysis,” 305
لوزی طاقہ جات	Crypts, tonsillar, 189

خلقی انقباض چھنگلی کا	Congenital contraction of little finger, 346
نقص معائے مستقیم کا	— deficiency of rectum, 461
بدشکلیاں شکم کی	— deformities of abdomen, 395
ادمیہ نما دویرے	— dermoid cysts, 170
خلع سولے کے جوڑ کا	— dislocation of hip, 584
قتق سری	— exomphalos, 393
ناسورات	— fistula, 93, 230
قتق	— hernia, 365, 403
تشوہات مبرز کے	— malformations of anus, 549
قولون کے	— — of colon, 463
معائے مستقیم کے	— — of rectum, 549
درقی دویرے	— thyroid cysts, 170
ملتحمہ کے التهاب کے اثرات	Conjunctiva, effects of inflammation of, 85
کی عصبی رسد	— nerve supply of, 77
کے تملقات	— relations of, 87
کے عروق	— vessels of, 75
مضیق بحری بول	Constrictor urethrae, 516, 527, 528, 529
کوفتگی دماغ کی	Contusion of brain, 55
تلفیف معودی جیبی	Convolution, ascending frontal, 52
جدادی	— — parietal, 52, 53
بروکا کی	— Broca's, 51
تختانی جیبی	— inferior frontal, 51
صدفی	— — temporal, 52
پس مرکوی	— postcentral, 52
پیش مرکوی	— precentral, 52
فوقانی مدغی	— superior temporal, 50
کوپر کا رباط	Cooper's ligament, 409
غرابی اکرومی رباط	Coraco-acromial ligament, 260
عضلہ غرابیہ عضدیہ	Coraco-brachialis muscle, 261
غرابی زائده	Coracoid process, 260
کا کسر	— — fracture of, 274
قرنیہ	Cornea, 69
کی ترکیب	— constitution of, 70
کے ابعاد	— dimensions of, 69
کے اعصاب	— nerves of, 71

کوچین کی ٹانگ	Cochin leg, 572
شکمی عود	Coeliac axis, 381, 492
قولون برآری	Colectomy, 463
کولیس کی ردا	Colles's fascia, 511
کا کسر	— fracture, 334, 354
شماقی اتر حبیہ	Coloboma iridis, 73
قولون	Colon, 454
میں صد حرکت دودی	— antiperistalsis in, 430, 544
صعودی	— ascending, 457
کے حاتی تشوہات	— congenital malformations of, 463
نزولی	— descending, 457, 458
کے قطر	— diameters of, 454
کے عطفا ت	— diverticula of, 461
کا استیصال	— excision of, 463
کا کبدی عوجہ	— hepatic flexure of, 457
حرقی	— iliac, 458
کا طول	— length of, 455
کی ماساریہ کی چسپیدگی کا خط	— line of attachment of mesentery of, 459
پر عملیہ جات	— operations on, 462
حوضی	— pelvic, 457, 459
کی باریطونی پوش	— peritoneal investment of, 455
کی تاچیں	— sacculations of, 455
کا طحالی عوجہ	— splenic flexure of, 458
کا تضیق	— stricture of, 455
کے قورات	— tæniæ of, 455
مستمرض	— transverse, 457
کا تعلق جگر کے ساتھ	— relation of, to liver, 465
قولونی نفویہ	Colostomy, 463
قولون شکافی - حرقی	Colotomy, iliac, 462
اربی	— inguinal, 462
مشترک صفراوی قنات	Common bile-duct, 471, 477
حرقی شریان	— iliac artery, 381
شظوی عصب	— peroneal nerve, 605, 636, 670
ارتجاج دماغ کا	Concussion of brain, 15, 55
حبیل نفاخی کا	— of spinal cord, 691
خلقی عدم موجودگی اترقوہ کی	Congenital absence of clavicle, 268
شظیہ کی	— — of fibula, 633
رضفہ کی	— — of patella, 617
مماٹے مستلیم کی	— — of rectum, 461

چین کے متوازی خطوط	Chiene's parallels, 558
مراہ برآری	Cholecystectomy, 473
مراہی مموی تفویہ	Cholecystenterostomy, 473
مراہی مددی تفویہ	Cholecystgastrostomy, 473
مراہی تفویہ	Cholecystostomy, 473
شوپا رٹ کا عملیہ	Chopart's operation, 666
حبل طبلی عصب	Chorda tympani nerve, 110
مشیمیہ	Cho·oid, 72
مشیمی درز	Choroidal cleft, 73
مدی شریا زہی	Ciliary arteries, 74
اعصاب	—— nerves, 76
زوائد	—— processes, 81
منطقہ	—— zone, 75
دائرہ ولس	Circle of Willis, 56
دائرہ کبیر	Circulus major, 74
صغیر	—— minor, 74
ختہ	Circumcision, 531
منحن شریان موخر	Circumflex artery, posterior, 262, 284
کتی	—— ——— scapular, 263
عصب	—— nerve, 262, 284
دوالی نما انورسا	Cirroid aneurysm, 6
بر کے دماغ کے	Cisternæ of brain, 42
ترقوہ	Clavicle, 258, 263
کی عدم موجودگی	—— absence of, 263
کے خلوع	—— dislocations of, 270, 272
کا استیصال	—— excision of, 265
کا کسر	—— fracture of, 265
کے حرکات	—— movements of, 269
کا تنظیم	—— ossification of, 268
کے تعلقات	—— relations of, 263, 268
کا جزوی استیصال	—— resection of, 265
ترقوی مدری ردا	Clavi-pectoral fascia, 276
چنگالی پاؤں	Claw-foot, 638, 660
حنک مشقوق	Cleft palate, 177, 180
خارجی مبال	Cloacal urethra, 532
سگڑ پا	Club-foot, 655
وجع المصمص (عصصی درد)	Coccygodynia, 502
عصص	Coccyx, 502

غارمیکل	Cave of Meckle, 137, 145
کھفکی جوی	Cavernous sinus, 41
راسی دموی سلمات	Cephalhamatomata, 13
دماغی مائی قیلہ - ضربی	Cephalhydrocele, traumatic, 33
قیفالی وید	Cephalic vein, 308, 311
دمیعی خراج میں ترغان کرنا	Cerebellar abscess, trephining in, 26
دمیغ کا تکشف	Cerebellum, exposure of, 25, 49
کے سلمات	— tumours of, 58
کی وریڈیں	— veins of, 58
دماغی خراج اذن وسطی کے مرض میں	Cerebral abscess in middle-ear disease, 52
کے لئے ترغان کرنا	— trephining for, 26
شریان	— artery, 56
دوران خون	— circulation, 55
تعیین مقامات	— localization, 52
سلعہ کے دباؤ کے اثرات فشرہ پر	— tumour, pressure effects of, on cortex, 54
کے لئے ترغان کرنا	— trephining for, 27
دماغی نغاحی سیال	Cerebro-spinal fluid, 43, 687
حنقی ہوائی دویرہ	Cervical air-cyst, 232
شریانیں	— arteries, 198
ردائیں	— fascia, 200
خدد - عمیق	— glands, deep, 227
کا دور کرنا	— removal of, 229
سطحی	— superficial, 227, 229
عصب - سطحی	— nerve, superficial, 198
حصہ مشا کی جبل کا - اس کا تضرد	— part of sympathetic cord, injury to, 226
حنقی خطہ حمود شوکی کا	Cervical region of spine, 674, 676, 677, 679, 681, 692
پسلیاں	— ribs, 204
ان کے علامات	— symptoms of, 207, 368
تاچہ	— sac, 232
جوی	— sinus, 231
مشارکی - کا شل	— sympathetic, paralysis of, 68
(نیز دیکھو گردن)	— (see also Neck)
حنقی ظہری خطہ حمود قاری کا	Cervico-dorsal region of spine, 677
حنق الرحم	Cervix uteri, 540
شے سے نیک کا سباتی درنہ	Chassaignac's carotid tubercle, 192
رباطات شابط	Check ligaments, 63
تبہج ملتحمہ	Chemosis, 27
چھاتی (دیکھو مدد)	Chest (see Thorax)

کلاب فخذی	Calcar femorale, 581
حصیات صفراوی	Calculi, biliary, 470, 472
کلوئی	— renal, 488
مثنی	— vesical, 514
گرددہ کے کماے	Calyces of kidney, 488
قنال نک کی	Canal of Nuck, 404
شلم کی	— of Schlemm, 82
صدادی سرطان	Cancer en cuirasse, 242
سرطان پستان کا	Cancer of breast, 240, 241, 242
بو اب کا	— of pylorus, 477
معائے مستقیم کا	— of rectum, 547
معدہ کا	— of stomach, 257
زبان کا	— of tongue, 173
کیسہ عدسہ کا	Capsule of lens, 79, 80
کندھے کے جوڑ کا	— of shoulder-joint, 286
ٹینن کا	— of Tenon, 62
قلبی دھنہ	Cardiac orifice, 431
عاصره	— sphincter, 428
بوسیدگی کھوپڑی کی	Caries of skull, 22
عمود فقری کی	— of spine, 233, 683
قص کی	— of sternum, 236
دانتوں کی	— of teeth, 180
سباتی شریان مشترک	Carotid artery, common, 56, 191, 195
کی بندش	— — — — — ligature of, 56
خارجی	— — — — — external, 150, 196
عمومی	— — — — — general, 195
داخلی	— — — — — internal, 55, 150, 185, 189
کا غلاف	— — — — — sheath of, 203
درنہ	— — — — — tubercle, 192, 225
دستی بعد دستی جوڑ	Carpo-metacarpal joints, 353
دستیہ (دیکھو پوہنچے کا جوڑ)	Carpus (see Wrist-joint)
غضروفات ضلعی	Cartilages, costal, 237
موتیا بند	Cataract, 80
قسطایر سگزارنا یو سٹیکیشن نلی میں	Catheterization of Eustachian tube, 109
عجری بول میں	— of urethra, 527
ذنب الفرس	Cauda equina, 693

درجہ کی پاؤں کے گرد و نواح کی
 دہلہ کے گرد و نواح کی
 عظم لامی کے گرد و نواح کی
 گھٹنے کے گرد و نواح کی
 کندھے کے جوڑ کے گرد و نواح کی
 عظیم طروخا پر کی
 ورکی حدیبہ پر کی
 رضی
 زیر اسکرومی
 زیر خمیری
 زیر ستفی
 سرین
 کا خراج
 کی رداء - عینی
 زیر جلدی
 کا شکن
 کے اعصاب
 کی جلد
 کی حصی رسد
 کی مطیحی تشریح
 کے عروق
 اعوری نفویہ
 اعور
 میں اجسام غریبہ
 کا قتی
 کے عروق لف
 کی حرکت پذیری
 میں حرکات
 کا کھولنا
 کی باریطونی پوش
 کی وضع
 قیصری حملیہ
 حقیتی مہاز
 حقیتی نردی جوڑ
 حقیتی سفینیتی جوڑ
 حقیتیہ (نیز دیکھو عظم العقب)

Bursae about foot, 639, 641
 — about ham, 607
 — about hyoid, 209
 — about knee, 603, 607, 609
 — about shoulder-joint, 286
 — over great trochanter, 561
 — over ischial tuberosity, 561
 — patellar, 603
 — subacromial, 286
 — subpsal, 568
 — subscapular, 286
 Buttocks, 554
 — abscess of, 560
 — fascia of, deep, 560
 — — subcutaneous, 559
 — fold of, 558
 — nerves of, 562
 — skin of, 558
 — — nerve supply of, 564
 — surface anatomy of, 554
 — vessels of, 562
 Caecostomy, 463
 Caecum, 448
 — foreign bodies in, 449
 — hernia of, 449
 — lymphatics of, 452
 — mobility of, 449
 — movements in, 449
 — opening of, 462
 — peritoneal investment of, 449
 — position of, 448
 Caesarean section, 500
 Calcanean spur, 661
 Calcaneo-cuboid joint, 635
 Calcaneo-scaphoid ligament, 634, 658
 Calcaneus (see Os calcis)

عضدی عضلہ مقدم	Brachialis anticus, 302
بھیجا (دماغ)	Brain, 38, 55
کے قاعدی حنود	— basal ganglia of, 52
کے عروق خون	— blood-vessels of, 55
کے بر کے	— cisternæ of, 42
کا ارتجاج	— concussion of, 15, 55
کی کوتنگی	— contusion of, 55
کے تلاقیف (دیکھو تلفیف)	— convolutions of (<i>see</i> Convolution)
کا قشرہ	— cortex of, 52, 54, 55
پر اثر - سبائی شریانوں کے باندھنے کا	— effects on, of ligation of carotids, 56
کے انشعاقات	— fissures of, 49
کے تضررات	— injuries to, 57
کے جانبی بطینات	— lateral ventricles of, 52
کے اغشیہ	— membranes of, 38
کے نبضانات	— pulsations of, 57
کے حسی حرکی دقبہ جات	— sensori-motor areas of, 52
کے سطحی تعلقات	— surface relations of 47
کا مدغی نلتہ	— temporal lobe of, 48
خیشومی ناسور	Branchial fistula, 230
”عضیل بازو“	“Brawny arm,” 244
اعصاب کا نقطہ شکست	Breaking-point of nerves, 563
پستان	Breast (<i>see</i> Mamma)
سیما	Bregma, 15
برو کا کی تلفیف	Broca's convolution, 51
شعبتوں میں اجسام غریبہ	Bronchi, foreign bodies in, 217, 250
شعبی لئی غدد	Bronchial lymphatic glands, 222
معددا لشعبہ	Bronchiectasis, 249
شعبہ بین	Bronchoscope, 250
سے حنجرہ کے اندر کے اجسام غریبہ کا اخراج	— removal of foreign bodies in larynx by, 213
غدد بروئر	Brunner's glands, 445
برائینٹ کی مثلث	Brayant's triangle, 557
خدی کہفہ (کہفہ دھن)	Buccal cavity, 167
کے غدد لف	— lymphatic glands of, 229
عصب	— nerve, 142
مصفا فی حباب	Bulla ethmoidalis, 120
گٹے	Bunions, 641
درجیکیں کہنی کے جوڑ کے گرد ونواح کی	Bursæ about elbow-joint, 314
لفذی مثلث کے گرد ونواح کی	— about femoral triangle, 568

صفراوی قنات مشترک	Bile-duct, common, 471, 472, 477
بلروتھ (۱) معدہ برآدی	Billroth I. gastrectomy, 439
(۲) معدہ برآدی	— II. gastrectomy, 439
” آنکھ پر کانبل “	” Black eye,” 86
مثانہ	Bladder, 515
کا مثانہ بین سے امتحان	— cystoscopic examination of, 519, 521
کا تمدد غیر شفاف محلول سے	— distension of, with opaque solution, 516
مضاعف	— “double,” 521
کا خالی ہونا اور پھر ہونا	— emptying and filling of, 515
کی بروں گردیدگی	— extroversion of, 395
عزوم	— fasciculated, 520
زنانہ	— female, 522
بچوں میں	— in children, 522
قتوق میں	— in hernia, 517
مردانہ	— male, 515
کی غشاء مخاطی	— mucous membrane of, 519
کے عضلات تشبیت	— muscles of fixation of, 505
کے عضلی طبقات	— muscular coats of, 515, 520
کے اعصاب	— nerves of, 520, 551, 552
کا سچوکا	— puncture of, 518
کے تعلقات باریطون سے	— relations of, to peritoneum, 517
کا انشقاق	— rupture of, 518
تاچہ دار	— sacculated, 521
کا حمامہ	— sphincter of, 516
میں حصات	— stone in, 514
کی مثلث	— trigone of, 515, 519
کالا شعاعوں سے امتحان	— X-ray examination of, 516
دموی سلعات چاندلی کے	Blood tumours of scalp, 13
صیوان الاذن پر کے	— on pinna, 96
حروق خون (دیکھو مختلف خطے اور اعضا)	Blood-vessels (see the various regions and organs)
جسمہ کی عظمی عرواق چھت (دیکھو	Bony vault of cranium (see Skull)
سکھوپری)	
عضدی صفاق	Brachial aponeurosis, 301
شریان	— artery, 262, 299, 302, 308, 312
کی غیر طبعی حالتیں	— abnormalities of, 303
ضغیرہ	— plexus, 199, 204, 245, 280, 359
کے نیچے کے تے کا شال	— paralysis of lower trunk of, 368

آرباخ کا خفیہ	Auerbach's plexus, 430
اذین (دیکھو کان)	Auricle (<i>see</i> Ear)
اذینات مستزاد	Auricles, supernumerary, 93, 232
اذینی عصب عظیم	Auricular nerve, great, 149
اذینی مدغی عصب	Auriculo-temporal nerve, 149
قل انگلیوں کا	Avulsion of fingers, 358
بغل	Axilla, 261, 275
کی رادیں	— fasciae of, 276
عروق لف	— lymphatic glands of, 278
بغلی شریان	Axillary artery, 261, 262
کی بندش	— — — ligature of, 280
کے تملکات	— — — relations of, 280
خدد	— glands, 227, 243, 261
کلانی یا تہ کا امتداد	— — — examination for enlarged, 262
کاخراج	— — — removal of, 279
احصاب	— nerves, 262, 282
خطہ کاجراج	— region, abscess of, 277
ورید	— vein, 279
عروق کے زخم	— vessels, wounds of, 280
محور	Axis, 183, 192
مجرد وریدیں	Azygos veins, 255
برباد کی ٹانگ	Barbadoes leg, 572
بیریٹم دا غذا سے امتحان	Barium-laden food, examination with, 449, 452
بارتھولینی قنات	Bartholin's duct, 167
خدد	— gland, 538
کاجراج	— — — abscess of, 538
قاعدی خدد سے	Basal ganglia, 52
در فاحہ سر قندالوں کا،، اس پر کا کسر	"Base of epicondyles," fracture at, 320
کھوپڑی کا۔ اس کے کسود	— of skull, fractures of, 31
ورید باسلیق	Basilic vein, 302
اسا سینہ	Basion, 37
عضلہ بیل	Bell's muscle, 521
ذو اسین عضدی	Biceps brachii, 299
کاوتر بازو میں	— tendon in arm, 286
ربلہ میں	— — — in ham, 605
ذو اسین خدد	Bicipital fascia, 310
میزاب	— grooves, 261, 299, 300, 302

فلوپی مصیف	Aqueduct of Fallopius, 101
مائی رطوبت	Aqueous humour, 81
عنكبوتیہ	Arachnoid, 42, 684, 686
عربی وتر	Arcuate tendon, 504
قوس پیری	Arcus senilis, 71
بازو	Arm, 299
کا پتر	— amputation of, 297
کی شریانیں	— arteries of, 299
کی ردا	— fascia of, 300, 301
کے عروق لف	— lymphatics of, 312
کے عضلات	— muscles of, 299, 365
کے اعصاب	— nerves of, 300, 359
کی جلد	— skin of, 301
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 299
آرنولڈ کا عصب	Arnold's nerve, 97
شریان مرکزی شبکیہ	Arteria centralis retinae, 75
شریانیں (دیکھو مختلف خطیے)	Arteries (see the various regions)
شریانی وریدی انود سا	Arterio-venous aneurysms, 65, 570
مفصل برآدی	Arthrectomy, 623
سبوحی مکی شکن	Aryteno-epiglottidean folds, 183, 212
سبوحی غشروف	Arytenoid cartilage, 210
صعودی قولون	Ascending colon, 457
جیبی تلفیف	— frontal convolution, 52
جداری تلفیف	— parietal convolution, 52
بلعومی شریان	— pharyngeal artery, 182, 189
نجمیہ	Asterion, 24
عرقوبی سفینیاتی جوڑ	Astragulo-scaphoid joint, 635
عرقوب کا خلع	Astragalus, dislocation of, 651
کا کسر	— fracture of, 661
کا تمظم	— ossification of, 662
اطلسی محوری خطہ عبود قاری کا	Atlanto-axial region of spine, 677, 682, 692
اطلس	Atlas, 183, 192
علیہ طبل کا	Attic of tympanum, 102
منفذ سمعی خارجی (صاخ الاذن)	Auditory meatus, external, 37, 94
کی فنیال اور دیواریں	— canal and walls of, 94
میں اجسام غریبہ	— foreign bodies in, 95
کی دیواروں کے تعلقات	— relations of walls of, 95
داخلی	— internal, 37

حلقہ نما رباطات ٹھننے کے	Annular ligaments of ankle, 639
کلائی کے	— of wrist, 345
عدم الشماعہ	Anosmia, 124
مقدم ساقی عصب	Anterior crural nerve, 566, 570, 572
کاشل	— paralysis of, 667
منخرین	— nares, 115
مقدم انف بینی	Anterior rhinoscopy, 115
فوقانی شوکہ	— superior spine, 380
ضد میلانی شوکہ	Anticlinal spine, 246
ضد حرکت دودی قولون میں	Antiperistalsis in colon, 430, 544
مذادہ - حلمی	Antrum, mastoid (<i>see</i> Mastoid antrum)
ہائی مودکا	— of Highmore, 129
اس کی مسیلت	— drainage of, 130
اس کا قتحہ	— opening of, 131
اس کے سلعات	— tumours of, 129
مبرز	Anus, 548
کے انشاقات	— fissures of, 548
کا تسکون	— formation of, 549
غیر مانقب	— imperforate, 549
کے تشوہات	— imperforate, 549
کے اعصاب	— nerves of, 551
اورطہ شکمی	Aorta, abdominal, 381, 492
راسی نقطہ	Apical point, 251
صفاق (دیکھو مختلف خطایے)	Aponeurosis (<i>see</i> the various regions)
زوائد تری	Appendices epiploicae, 455
التهاب زائده	Appendicitis, 451
رائڈی تفویہ	Appendicostomy, 463
زائده	Appendix, 443, 450
کا طول	— length of, 450
کے حروق لف	— lymphatics of, 452
کے لف آساجرات	— lymphoid follicles of, 451
کی ماساریقا	— mesentery of, 451
میں حرکت دودی	— peristalsis in, 452
کی وضع	— position of, 450
کا امتحان لاشعاعوں سے	— X-ray examination of, 452

تفہم سرے کا سرے کے ساتھ	Anastomosis, end-to-end, 447
جانبی	— lateral, 447
تفہمی کبیر	Anastomotica magna, 300, 602
عدم دماغی	Anencephaly, 20
انورسا۔ شریانی وریدی	Aneurysm, arterio-venous, 65, 569
عضدی	— brachial, 312
سیاتی	— carotid, 57
فخذی	— femoral, 569
الوی	— gluteal, 562
سردن میں	— in neck, 57, 224
ماء بقی	— popliteal, 605, 607
ضربی۔ عجزری شریانوں کا	— traumatic, of orbital arteries, 65
زاویائی انحنا	Angular curvature, 233
زاویہ لوڈووک	Angulus Ludovici, 235
ٹخنہ یا ٹخننے	Ankle, 634
کے عظمی نقاط	— bony points of, 634
کی ردا	— fascia of, 638
کی جلد	— skin of, 637
کی موچیں	— sprains of, 640
کی زیر جلدی بافت	— subcutaneous tissue of, 637
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 634
کے اوتار۔ ارد گرد کے	— tendons about, 635, 642
کی تقسیم	— — division of, 638
کا انشقاق	— — rupture of, 642
کے غلافات	— — sheaths of, 641
ٹخنے کا جوڑ یا کے جوڑ	Ankle-joint, 635, 645
پر بند	— amputation at, 663
کے خلوع	— dislocations of, 646
میں انصباب	— effusion into, 645
کے ارد گرد کے کسور	— fractures about, 647
کا التهاب	— inflammation of, 646
کے دباؤات	— ligaments of, 645
کے خطوط	— lines of, 635
کے حرکات	— movements of, 646
کی عصبی رسد	— nerve supply of, 646
کے عروق	— vessels of, 636, 643

کئی پیش پرورشی	Acne hypertrophica, 112
کبرالجوارح	Acromegaly, 19, 46
اکرومی ترقوی جوڑ	Acromio-clavicular joint, 258, 270
کا خلع	——— dislocation of, 272
کا مغالطہ انگیز شعاع نگاری منظر	——— fallacious radiograph appearance of, 271
کے حرکات	——— movements of, 271
اکرومی ذائدہ	Acromion process, 258
کا کسر	——— fracture of, 274
اکرومی مددی شریان	Acromio-thoracic artery, 260, 262
مقریہ طویلہ عضلہ	Adductor longus muscle, 379, 563, 569
کبیرہ کا درنہ	——— magnus tubercle, 600
غده آساروئیدگی	Adenoid vegetation, 184
مدخل اور مغارہ	Aditus ad antrum, 103
برگردہ (دیکھو فوق کلیوی اجسام)	Adrenal (see Suprarenal bodies)
ہوا معدہ میں	Air in stomach, 434
وریدوں میں	——— in veins, 225
ہوائی گذرگاہوں، میں اجسام غریبہ	Air-passages, foreign bodies in, 217
ہوائی تاجہ گردن میں	Air-sac in neck, 232
الکحل سے اعصاب کا اشارہ	Alcohol, injection of nerves with, 140, 142, 564
”عصب الشیخ“	”Alderman's nerve,” 97
غذائی خطہ میں ضد حرکت دودی	Alimentary tract, antiperistalsis in, 430
غذائی خطہ کا عصبی ضبط	Alimentary tract, nerve control of, 430
میں حرکت دودی	——— peristalsis in, 427
کے مشمولات کے سفر کی رفتار	——— rate of progress of contents of, 453
کے عاصری مامات	——— sphincteric points of, 427
کامیکا نیہ نقل	——— transport mechanism of, 427
جو فیزی خراج	Alvcolar abscess, 162
والٹر کا انتفاخ	Ampulla of Vater, 471, 476, 477
بتر (دیکھو مختلف ہڈیاں اور جوڑ)	Amputation (see the various bones and joints)
قنال مبرز	Anal canal, 542
کی تثبیت	——— fixation of, 505
کی غشائے غاطی	——— mucous membrane of, 548
ردا	——— fascia, 504
مثلث	——— triangle, 507
مصاریع	——— valves, 549

خراج - جو فیزی	Abscess, alveolar, 162
بٹلی	— axillary, 277
دیمی - کے لئے ترخان کرنا	— cerebellar, trephining for, 26
اذن وسطی کے مرض میں	— in middle-ear disease, 52
دماغی - کے لئے ترخان کرنا	— cerebral, trephining for, 26
الوی	— gluteal, 560
کبدی	— hepatic, 469
حرقی	— iliac, 387, 414
فخذی مثلث میں	— in femoral triangle, 567
کولے کے جوڑ میں	— in hip-joint, 574
حرقی حفرہ میں	— in iliac fossa, 414
چاندلی کے خطہ میں	— in scalp region, 12
ورکی مستیمی	— ischio-rectal, 509
قطنی	— lumbar, 416
منصی	— mediastinal, 236, 254
شکمی جدور کا	— of abdominal parietes, 414
بار تھولین کے غدہ کا	— of Bartholin's gland, 538
تختانی مدغی تلفیف کا	— of inferior temporal convolution, 52
عجری	— orbital, 60
سکئی	— palmar, 345
نکئی	— parotid, 149
حوضی	— pelvic, 387, 573
سگرد کاوی	— perinephric, 481
انہمی	— plantar, 638
ہاء بنی	— popliteal, 604
قدامی	— prostatic, 525
خصری	— psous, 415, 568
کلوی	— renal, 482
یس پستان	— retromammary, 242
پس بلعومی	— retropharyngeal, 149, 185, 203
پس عانی	— retropubic, 517
عجری حرقی	— sacro-iliac, 500
غلافی	— thecal, 348
معین اجزای	Accessory sinuses, 125
فتجان	Acetabulum, 573
کے کسور	— fractures of, 500
”ہمیشہ درد کرنے والی ٹانگیں“	”Aching legs,” 620
عدم تکون غضروفی	Achondroplasia, 19

اشاریہ

جراحی اطلاقی تشریح

جلد اول و دوم

اسگری اصطلاحات کے سامنے لکھے ہوئے اعداد اصل انگریزی کتاب کے صفحات کے ہیں جو اس کتاب کے حاشیہ پر درج ہیں —

خراج دو تا چہ	Abces en bissac, 639
قیمیں کے بن کی طرح کا	— en bouton de chemise, 639
شکم	Abdomen, 378
کا خراج	— abscess of, 387, 414
کے عروق خون	— blood-vessels of, 381, 388, 492
پر کی چوٹیں	— blows on, 383
کی خلی بد شکلیاں	— congenital deformities of, 395
کی اتصالی نائت	— connective tissue of, 387
کی ردا	— fascia of, 382, 413
کا قطعی خطہ	— lumbar region of, 416
کے عروق لمف	— lymphatics of, 389
کے عضلات	— nerves of, 389
کے اعصاب	— nerves of, 389
کے حشوی اتصالات	— — visceral associations of, 393
کے جدور۔ مقدم	— parietes of, anterior, 378, 381
موخر	— — posterior, 380, 413
میں درد حید	— referred pains in, 393
کی جلد	— skin of, 381
کی سطحی تشریح	— surface anatomy of, 378
کے اندر کا تناؤ یا دباؤ	— tension or pressure within, 404
کے احشاء	— viscera of, 426, 465
کی عصبی رسد	— — nerve supply of, 489
کا سہارا	— — support of, 384, 426
کی سطحی اُشادھی	— — surface markings of, 423
شکمی اور طہ	Abdominal aorta, 381
ابصالی بافت اور خراجات	— connective tissue and abscesses, 387
حلیے	— rings, 397, 400

